



**Laura Maria Alves de
Oliveira**

**Sistema de Classificação de Utentes em Serviço de Apoio
Domiciliário**



**Laura Maria Alves de
Oliveira**

**Sistema de Classificação de Utentes em Serviço de Apoio
Domiciliário**

Tese apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Gerontologia e Geriatria realizada sob a orientação científica do Doutor Ignacio Martín, Professor Auxiliar da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro

Ao Francisco,
à Ana Laura,
e ao Armando, meus alicerces

o júri

presidente

Doutor João de Lemos Pinto,
Professor Catedrático, Universidade de Aveiro

Doutora Maria Constança Leite de Freitas Paúl Reis Torgal
Professora Catedrática, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar,
Universidade do Porto

Doutora Alexandra Isabel Cardador de Queirós,
Professora Coordenadora, Escola Superior de Saúde, Universidade de Aveiro

Doutor Pedro Manuel Carvalho Machado dos Santos,
Professor Auxiliar, Universidade Lusófona do Porto

Doutor José Ignacio Guinaldo Martin,
Professor Auxiliar, Universidade de Aveiro (orientador)

Doutora Zaida de Aguiar Sá Azeredo,
Professora Auxiliar Convidada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar,
Universidade do Porto

agradecimentos

A elaboração de um trabalho desta natureza não pode ser desenvolvida sem um esforço concertado de vários intervenientes e dos quais destaco:

O primeiro e reconhecido agradecimento é dirigido ao Professor Doutor Ignacio Martin, orientador científico deste trabalho e que me acompanha já há cerca de 10 anos pelos caminhos do serviço de apoio domiciliário. A sua postura positiva e o entusiasmo que coloca nos projetos onde está envolvido, foram sem dúvida determinantes para a concretização deste trabalho.

Às instituições, profissionais, utentes e cuidadores que acederam colaborar na realização deste trabalho.

À Mesa da Santa Casa da Misericórdia pela compreensão e apoio manifestados na realização de mais um projeto de investigação.

Ao Professor Jeff Poss da Universidade de Waterloo, pela disponibilidade para constantes esclarecimentos e disponibilização de documentos imprescindíveis para a realização desta investigação.

À Mónica por ouvir os meus desabafos constantes...

Ao José Pinto, e particularmente ao Hélder Fernandes pela ajuda e o apoio sempre que foi necessário.

À minha querida amiga Lúcia, pelo entusiasmo que colocava em todos os projetos... e muitos deles não concluídos...

A todos, mesmo os que não citei a minha gratidão.

palavras-chave

Serviço de Apoio Domiciliário; Sistema de classificação de utentes; Custos

resumo

O Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) tem-se revelado como um serviço comunitário altamente vantajoso para a população idosa em face do progressivo aumento da esperança de vida e o consequente aumento dos custos relacionados com os cuidados a esta faixa etária.

Para controlar os custos associados à prestação dos cuidados em contexto domiciliário existem sistemas de classificação de utentes que visam garantir o pagamento dos custos dos cuidados de acordo com a tipologia de utentes, isto é, de acordo com a necessidade de recursos necessárias face à situação clínica que o indivíduo apresenta.

Os objetivos deste estudo visam a caracterização da amostra através do MDS-HC, a classificação de utentes através do sistema RUG-III/HC (Resource Utilization Groups for Home Care), e, por último, calcular o custo total de utente através de *Índices de case mix*, onde se inclui também o custo do cuidado informal.

Para a recolha de dados utilizou-se uma amostra constituída por 164 sujeitos utilizadores do SAD de 4 instituições.

Os instrumentos de recolha de dados foram o InterRAI Minimum Data-Set Home Care (MDS-HC) e o diagrama RUG-III/HC.

Os resultados indicam que nem todos os grupos foram representados na amostra tal como verificado em outros estudos sendo o grupo Funções físicas reduzidas o mais representado.

O tempo utilizado com a prestação de serviços mais representativo é o das auxiliares.

A variância total do custo explicada pelo RUG III-HC foi de 25,7%% inferior à encontrada noutros estudos sobre a aplicação deste sistema de classificação. O custo associado ao cuidado informal deve constituir-se como um custo real do cuidado.

keywords

Home care service; Users Classification System; Costs

abstract

The Home care service has proven to be a highly beneficial community service for the elderly population in the face of the progressive increase in life expectancy and the resulting increase in costs concerning care provision for this age group.

To control costs associated with the provision of home care there are users classification systems designed to ensure the payment of the costs of care according to the typology of users. It means, according to the needed resource requirements given the clinical situation the individual presents.

The goals of this study aim to characterizing the sample through the MDS-HC, the classification of users through the RUG-III/HC (Resource Utilization Groups for Home Care), and finally, calculate the total cost of users through *Case mix-index*, which also includes the cost of informal care.

For data collection we used a sample of 164 home care service users of 4 institutions.

The instruments used for data collection were the InterRAI Minimum Data-Set Home Care (MDS-HC) and the RUG-III/HC diagram.

The results indicate that not all the groups were represented in the sample as observed in other studies, being the group of reduced physical functions the most representative.

The time the staff spent with the provision of services is the most significant. The total difference explained by the cost of the RUG-III-HC, was 25,7%, lower than that found in other studies related on the application of this classification system.

The informal care cost should be constituted as an actual cost of the care.

ÍNDICE

SIGLAS	4
ÍNDICE DE FIGURAS	5
ÍNDICE DE TABELAS	6
INTRODUÇÃO	9
<u>PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</u>	
CAPÍTULO I - ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E RECURSOS COMUNITÁRIOS	15
1. ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E NECESSIDADE DE RECURSOS COMUNITÁRIOS	17
1.1 Epidemiologia	17
1.2 Políticas dirigidas à população idosa – perspetiva histórica	18
1.2.1 Políticas sociais de envelhecimento em Portugal	19
1.2.2 Políticas de Saúde em Portugal	25
1.3 A necessidade de recursos comunitários para a população idosa	30
1.4 Desafios	34
2 SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO OU HOME CARE	37
2.1 Conceito e Objetivos	37
2.2 Emergência do Serviço de Apoio Domiciliário	39
2.3 Serviço de Apoio Domiciliário em Portugal	43
2.3.1 Enquadramento legal	44
2.4 Tipologias de Serviço de Apoio Domiciliário	46
2.4.1 Serviço de Apoio Domiciliário com componente principal nos serviços de saúde	46
2.4.2 Serviço de Apoio Domiciliário com componente nos Serviços Sociais	48
2.4.3 Serviço de Apoio Domiciliário - Serviços Mistos	49
2.5 Critérios de elegibilidade	53
2.6 Financiamento do serviço	56
2.7 Profissionais afetos	61

2.8 Cuidado informal	63
CAPÍTULO II - SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DE UTENTES	67
1. SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE UTENTES NO SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO	69
1.1 Sistemas de classificação de utentes	69
1.2 Sistema de Classificação de Utentes em contexto domiciliário – Resource Utilization Groups	71
1.3 Índice de Case-Mix para o Serviço de Apoio Domiciliário	87
<u>PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO</u>	
CAPÍTULO III - OBJETIVOS DO ESTUDO E METODOLOGIA	95
1. OBJETIVOS DO ESTUDO E METODOLOGIA	97
1.1 Objetivos do estudo	97
2. METODOLOGIA	98
2.1 Constituição da Amostra	98
2.2 Instrumentos de recolha de dados	99
2.2.1 InterRAI Minimum Data Set Home Care	99
2.2.2 Resource Utilization Groups for Home Care RUG-III/HC	124
2.2.3 Cálculo dos custos	126
2.3 Procedimentos	127
CAPÍTULO IV - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	129
1. Estudos descritivos relativos à amostra	131
1.1 Caraterização sociodemográfica	131
1.2 Caraterização do estado de saúde e funcional	132
2. Características do Serviço de Apoio Domiciliário	134
3. Resultados da classificação da amostra segundo RUG-III/HC	136
4. Distribuição do tempo utilizado pelos diferentes profissionais no RUG-III/HC	138
5. Distribuição do custo informal pelo no sistema RUG-III/HC	143
6. Variância do custo total do serviço explicada pelo modelo de classificação RUG-III/HC	145

7. Constituição de Índices <i>de Case Mix</i> para Custo Informal, Formal e Total	147
8. Análise do Custo Total do serviço/variáveis do MDS-HC	149
8.1 Variáveis Sociodemográficas	149
8.2 Relação custo total do serviço/serviços prestados	150
8.3 Estado Cognitivo/Humor	151
8.4 Estado Funcional/custo total do serviço	152
8.5 Doenças diagnosticadas/ Custo total do serviço	154
 CAPÍTULO V - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES	 157
 CONCLUSÕES FINAIS	 174
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 177
 ANEXOS	 191

SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ADI – Apoio Domiciliário Integrado

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

AVDI – Atividades de Vida Diária Instrumentais

CAP's – Clinical Assessment Protocols

CPS – Cognitive Performance Scale

CRP – Constituição da República Portuguesa

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

MDS-HC – Minimum Data Set for Home Care

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

PIB – Produto Interno Bruto

RAI-HC – Resident Assessment Instrument for Home Care

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RUG – Resource Utilization Groups

RUG-III/HC – Resource utilization Groups for Home Care

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SNS – Serviço Nacional de Saúde

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	33
Figura 2	40
Figura 3	78

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1	102
Tabela 2	132
Tabela 3	133
Tabela 4	135
Tabela 5	137
Tabela 6	139
Tabela 7	142
Tabela 8	144
Tabela 9	147
Tabela 10	148
Tabela 11	150
Tabela 12	151
Tabela 13	152
Tabela 14	153
Tabela 15	155

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

Os desafios relacionados com o fenómeno do envelhecimento populacional que atualmente se colocam a nível quase global, vão determinar uma preocupação dos diversos intervenientes, seja a nível macro, designadamente decisores políticos e prestadores formais de cuidados, seja ao nível micro, isto é, aos próprios idosos, e às suas famílias/cuidadores.

O aumento da longevidade e das doenças crónicas associadas exigem uma visão concertada do fenómeno. Por um lado, deve ser exigida a garantia da prestação de todos os cuidados necessários a esta franja populacional. Por outro, impõe-se a sustentabilidade dos organismos públicos envolvidos, nomeadamente os serviços de saúde e serviços sociais. Encontrar este equilíbrio não é seguramente fácil, e apenas em alguns dos países desenvolvidos se encontra garantida a prestação de cuidados de qualidade, muitas vezes assegurados e financiados pelo setor público.

É comumente conhecido e reconhecido que envelhecer em casa constitui a preferência da generalidade dos mais idosos (Jorgensen, Arksey, Parsons, Senior & Thomas, 2009). Assim, e sempre que possível, esta tendência mantém-se, apesar de, por vezes, e por razões diversas, o processo de envelhecimento no domicílio não decorrer do modo mais desejável.

O serviço de apoio domiciliário (SAD), para as pessoas idosas ou incapacitadas, tem vindo a ocupar um lugar de relevo entre as respostas de apoio. Se por um lado, e como referido, constitui a preferência relativamente à institucionalização, por outro, vários estudos têm demonstrado que, em termos financeiros, constitui uma resposta mais vantajosa, comparativamente a outras (Tarricone & Tsouros, 2008; Chapell, Havens, Hollander, Miller & McWilliam, 2004; Hollander et al., 2002).

De forma simplificada, podemos considerar o serviço de apoio domiciliário como uma resposta social e/ou de saúde, que presta cuidados ao utente em casa, depois de avaliadas as suas necessidades e elaborado um plano de cuidados correspondente (Rodríguez & Sánchez, 2000).

Em Portugal, e segundo dados atualizados disponíveis na Carta Social (2014), o serviço de apoio domiciliário tem-se apresentado como a resposta que maior crescimento apresentou na última década. Contudo, e apesar de algumas experiências no passado, não

se constitui como uma resposta articulada entre os serviços de saúde e sociais, trabalhando estes dois setores de forma isolada, com uma predominância do setor social.

Contudo, é importante que se conheça quem são os atuais utilizadores do serviço, que serviços estão disponibilizados, e que custos estão associados ao funcionamento do mesmo.

O financiamento do serviço de apoio domiciliário no nosso país é assegurado em parte pelo utente, e em parte pelo Estado, através da celebração de acordos de cooperação com as Instituições Particulares de Solidariedade Social, comumente conhecidas por (IPSS), principais prestadoras deste serviço. No entanto, e quando nos envolvemos com estas questões, com relativa facilidade se percebe que a avaliação das necessidades dos indivíduos não é realizada de modo global, e as respostas disponibilizadas nem sempre correspondem às necessidades diagnosticadas. Tal decorre por falta de profissionais diferenciados a afetar, e porque o financiamento do serviço não decorre da tipologia de utente a quem é prestado o serviço.

Urge assim a necessidade de se proceder a uma avaliação multidimensional da pessoa idosa ou incapacitada, através de instrumentos comuns, de modo a podermos caracterizar os diferentes perfis de utentes a quem prestamos cuidados. De seguida, urge a necessidade de financiar os serviços, de acordo com os cuidados e serviços que estamos a prestar, assumindo que os mesmos correspondem às necessidades anteriormente diagnosticadas.

Os objetivos deste trabalho são essencialmente três. O primeiro prevê a caracterização dos utentes beneficiários de serviço de apoio domiciliário, através das dimensões previstas no instrumento específico para cuidados domiciliários, RAI-HC. O segundo objetivo consiste na classificação dos sujeitos da amostra através do sistema RUG-III/HC, também específico para os cuidados domiciliários, integrando-os nos respetivos grupos. Por último, o terceiro objetivo pretende calcular o custo total de utente através da construção de *Indices de Case-mix*, onde se incluem os custos associados à utilização dos cuidados formais, à utilização dos cuidados informais, ou a utilização de ambos, através do sistema RUG-III/HC.

O trabalho encontra-se dividido em duas partes. A primeira parte, respeitante ao enquadramento teórico e a segunda, relativa ao estudo empírico realizado.

A primeira parte é constituída por dois capítulos, onde se faz o enquadramento teórico do tema, após uma revisão aprofundada da literatura.

O capítulo I, designado de Envelhecimento populacional e necessidade de recursos comunitários, apresenta uma abordagem ao fenómeno do envelhecimento populacional, e a necessidade de serem encontrados recursos capazes de satisfazer as necessidades da população idosa, de uma forma mais eficiente, tendo em conta a sua vontade de querer envelhecer em casa, associado ao aumento exponencial desta faixa etária. De seguida, caracteriza-se o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), especificamente, as suas tipologias mais comuns, os critérios de elegibilidade, o seu financiamento e quais os profissionais afetos, enquadrando-o no contexto Português.

O Capítulo II, designado de Sistemas de Classificação de Utentes, aborda o conceito de classificação de utentes e apresenta um sistema específico para o Serviço de Apoio Domiciliário, designado de Resource Utilization Groups, vulgarmente conhecido como RUG-III/HC, o qual tem por objetivo classificar os utentes em termos de consumo de recursos, de acordo com as patologias que apresentam, associado ao seu estado funcional. A classificação de utentes resulta da aplicação de um instrumento de avaliação multidimensional específico para os cuidados domiciliários, Minimum Data Set Home Care (MDS-HC).

A Segunda Parte, referente ao estudo empírico, é constituída por três capítulos.

O Capítulo III, designado de Objetivos e Metodologia do Estudo, integra os objetivos do estudo e a metodologia adotada. Inicia-se com a identificação das opções tomadas para a constituição da amostra. Caracteriza de seguida os instrumentos utilizados para a recolha de dados e enuncia os procedimentos levados a cabo, inclusivamente os procedimentos éticos.

No Capítulo IV, Apresentação dos Resultados, é realizada a análise dos dados obtidos de acordo com os objetivos propostos.

Por último, no Capítulo V, designado de Discussão dos Resultados e Conclusões Finais, estão evidenciadas as principais conclusões a retirar, e a apresentação de propostas de futuras investigações, salvaguardando, naturalmente, as limitações que este estudo apresenta.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo I - Envelhecimento populacional e recursos comunitários

1. Envelhecimento populacional e necessidade de recursos comunitários

Nas últimas décadas, as tendências demográficas, epidemiológicas, sociais e culturais nos países desenvolvidos têm provocado mudanças na forma como tem vindo a ser encarada a prestação dos cuidados aos mais idosos, com orientações para a prevalência da prestação dos cuidados a nível comunitário.

São vários os fatores que têm conduzido a esta situação e que derivam, em primeiro lugar, do evidente envelhecimento populacional das sociedades mais desenvolvidas. Contudo, este fator por si só não é explicativo da situação. São vários os fatores subjacentes, os quais passam pelas mudanças nas estruturas familiares e social, na epidemiologia, entre outros, e que irão ser desenvolvidos posteriormente.

1.1 Epidemiologia

Em primeiro lugar, importa fazer uma breve referência aos indicadores associados ao envelhecimento populacional. Tem-se assistido a um progressivo aumento dos indivíduos com mais de 65 anos, determinando a necessidade da prestação de mais cuidados a esse grupo num futuro próximo. Este acréscimo relativo no aumento da população idosa resulta da conjugação de diversos fatores, destacando-se os progressos verificados na medicina, a melhoria das condições socioeconómicas das populações, associados à progressiva diminuição das taxas de natalidade (Zimerman, 2000).

O fenómeno do envelhecimento populacional não atinge uniformemente todas as regiões do mundo, incidindo particularmente nos países mais desenvolvidos (Bengston, Lowenstein, Putney & Gans, 2003). Segundo as projeções mais recentes, o envelhecimento populacional nos próximos 50 anos será particularmente rápido na Ásia e países do leste e sul da Europa, com rácios de dependência por idoso a duplicar, e em alguns casos, como na China, a quadruplicar (OECD, 2013).

Em Portugal, esta tendência de envelhecimento populacional é também evidente. A não renovação das gerações começou no ano de 1982, ano em que o Índice de Fecundidade se fixou abaixo dos dois filhos por mulher, associado ao aumento da esperança média de vida (Carta Social, 2014). Neste contexto, Portugal está considerado como um dos países

mais envelhecidos do mundo. Segundo os dados mais recentes, o Índice de Envelhecimento no nosso país em 2013 foi de 133,5% (PORDATA, 2014), com projeções para um agravamento da situação nas próximas décadas.

De acordo com os censos de 2011, entre 1960 e 2011, o Índice de Envelhecimento quase que quintuplicou, passando de 27,3% para os referidos 129%. As projeções mais recentes apontam para um aumento substancial do peso da população idosa (com mais de 65 anos) no total da população portuguesa, que passará de 19,2% em 2011 para 32,3% em 2060 (INE, 2014). Este envelhecimento é mais evidente no interior do país, com maior incidência no Alentejo e Região Centro (PORDATA, 2014).

Neste contexto, justifica-se uma preocupação crescente dos diversos intervenientes com o fenómeno do envelhecimento populacional. Trata-se de um fenómeno que deve ser encarado como um problema multifacetado, dado que quer as causas quer as consequências se manifestam a níveis diferenciados nas sociedades envelhecidas, com destaque para a forma como vamos responder aos desafios colocados, designadamente ao nível da prestação de cuidados, bem como do seu financiamento.

1.2 Políticas dirigidas à população idosa – perspetiva histórica

A preocupação com o fenómeno do envelhecimento, encarado como um problema multifacetado, tem uma história recente, até porque se trata, ele próprio, de um problema recente, dos finais do século XX.

Nas últimas décadas foram promovidas algumas iniciativas no sentido da reflexão em torno deste problema, das quais se destaca, a nível internacional, a I e II Assembleias Mundiais organizadas pela ONU. Da última, realizada em Madrid em 2002, resultaram dois documentos, o *Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento* e a *Declaração Política*, que, por sua vez, contém os compromissos assumidos pelos diferentes governos para executar o *Plano de Ação* no período de 25 anos.

O *Plano de Ação* destaca genericamente três prioridades. A primeira, identificada como *Pessoas Idosas e Desenvolvimento*, assenta no princípio de que as pessoas idosas devem participar de forma ativa nas diversas áreas com vista ao desenvolvimento das sociedades (Pimentel, 2002). A segunda prioridade, aqui identificada como *Cuidados de*

Saúde e Qualidade de Vida, reforça o direito dos idosos à saúde, quer na prestação dos cuidados quer na prevenção, os quais deverão ser assegurados por pessoal qualificado. Na terceira prioridade, designada de *Meio Ambiente Propício e Favorável* ressalta a necessidade de melhoria das condições ambientais em que vivem muitos idosos, promovendo ambientes acessíveis e seguros, facilitando o envelhecimento em casa (Marques, 2002).

A nível Europeu, têm sido promovidas outras iniciativas que procuram alertar e promover a reflexão em torno do problema do envelhecimento, como foram exemplo, entre outras, a declaração do ano de 1993 como *Ano Europeu do Envelhecimento e da Solidariedade entre Gerações*, e do ano de 2012 como *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo*.

Neste contexto, e dado que Portugal também enfrenta este fenómeno como um problema, importa fazer uma retrospectiva da evolução das políticas para as pessoas idosas no nosso país, seja ao nível da saúde seja ao nível social, para perceber qual o caminho até agora realizado e quais as orientações políticas em curso e para o futuro.

1.2.1 Políticas sociais de envelhecimento em Portugal

É consensual o atraso que se verificou na implantação das políticas sociais e de saúde em Portugal. Tal como refere Quaresma (1999), as políticas sociais, em qualquer país, estão associadas às transformações económicas, sociais e políticas das sociedades, pelo que o atraso registado no desenvolvimento de políticas de proteção à população idosa ou dependente resultou, neste caso, da conjuntura social, económica e política que Portugal viveu durante grande parte do século XX, no período de vigência do Estado Novo.

Segundo Hespanha & Portugal (2002), Portugal constitui-se no espaço europeu como um dos países onde a institucionalização dos direitos sociais se revelou mais tardia, resultado do regime ditatorial vigente durante algumas décadas e das consequências associadas, designadamente o atraso na modernização do aparelho administrativo e no reconhecimento dos direitos de cidadania, assim como no processo de desruralização, industrialização, terciarização e urbanização tardia da sociedade portuguesa.

Ao nível das políticas de saúde a situação terá sido idêntica. Mais adiante será efetuada uma análise ao seu desenvolvimento, assim como uma caracterização do sistema de saúde, em particular das políticas direcionadas para a população idosa/dependente.

Numa breve retrospectiva, durante o período do Estado Novo, a ação assistencial do Estado era desenvolvida exclusivamente em duas vertentes, de acordo com o grupo de população a quem se dirigia. Por um lado, os esquemas de previdência, designados de “ajuda mútua”, que se destinavam aos trabalhadores quotizados, eram desenvolvidos maioritariamente pelas Mutualidades. Por outro lado, os esquemas assistencialistas, designados de “ajuda caritativa”, destinavam-se à população pobre, não coberta pelos seguros de trabalho, e, neste caso, eram desenvolvidos, quase que em exclusivo, pelas Misericórdias (Hespanha et al., 2000).

As grandes mudanças nesta conjuntura datam da década de 70, após a Revolução de Abril de 74. É a partir desta altura que se assiste à garantia dos direitos sociais dirigidos à população em geral. Esta garantia traduz-se em medidas como a fixação do salário mínimo nacional, do subsídio de desemprego, do acesso à saúde, entre outros direitos, evidenciados através da sua inscrição na Constituição da República Portuguesa (CRP) e regulamentada nos normativos legais posteriormente publicados, que concretizam os direitos aí previstos. Enquadram-se neste contexto a Lei de Bases da Segurança Social, (1ª publicação, Lei nº 24/84, de 14 de agosto), e a Lei de Bases da Saúde (1ª publicação, Lei nº 48/90, de 24 de agosto), entre outros.

Relativamente ao direito à *Segurança Social*, a Constituição da República Portuguesa, no seu artigo 63.º, defende que todos têm direito à segurança social, através de um sistema organizado, coordenado e subsidiado pelo Estado, que deve proteger os cidadãos na doença, velhice, invalidez entre outros domínios. Neste seguimento, o princípio da *Assistência Social* em vigor vai dar origem ao novo princípio da *Ação Social*.

É nesta altura que se assiste também à integração dos sistemas de previdência e assistência dando origem a um único sistema, designado de sistema integrado de *Segurança Social*.

Especificamente para a população idosa, com a publicação da Constituição da República Portuguesa em 1976, é instituída a pensão social (regulamentada pelo Despacho Normativo n.º 59/77, de 23 de fevereiro), destinada a todos aqueles que nunca descontaram

(Fernandes, 1997). Esta medida foi instituída ainda antes da publicação da primeira *Lei de Bases da Segurança Social*, em 1990.

Uma outra inovação que a Constituição introduz é o reconhecimento social da categoria *Terceira Idade*, não reconhecida até à data. Desde então a *Terceira Idade* passa a ser considerada como uma categoria social autónoma (Cardoso, Santos, Baptista & Clemente, 2012). De facto, o texto constitucional da época, no seu artigo 63º, referia o seguinte: *O Estado promoverá uma política da terceira idade que garanta a segurança económica das pessoas idosas e a política da terceira idade deverá ainda proporcionar condições de habitação e convívio familiar e comunitário que evitem e superem o isolamento ou a marginalização social das pessoas idosas e lhes ofereçam as oportunidades de criar e desenvolver formas de realização pessoal através de uma participação ativa na vida da comunidade.*

A revisão da Constituição de 1976 deu origem ao texto constitucional atualmente em vigor, e no qual, o seu artigo 72º, se consagra o seguinte: 1. *As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social.*

2. *A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação ativa na vida da comunidade.*

Neste seguimento, e segundo Cardoso, Santos, Baptista & Clemente (2012), é constatável que, durante a década de 70, se assistia a uma preocupação crescente com a população idosa, não apenas com as prestações pecuniárias de modo a garantir as condições mínimas de sobrevivência, mas também com o desenvolvimento de infraestruturas favorecedoras da sua integração e participação na sociedade.

Mas é sobretudo durante a década de 80 que se assiste a uma preocupação mais visível do Estado com o desenvolvimento das infraestruturas de apoio aos idosos, que se manifesta, entre outros aspetos, na criação de respostas sociais diferenciadas. Assiste-se à implementação e expansão dos Centros de Dia que, à época, apresentavam como objetivo principal a satisfação de necessidades básicas dos idosos, permitindo a sua manutenção na comunidade. Desenvolveram-se também outras respostas para esta população, como lares de idosos (num conceito muito diferente dos antigos asilos) e serviços de apoio

domiciliário, que seguem a mesma orientação de cuidados à população idosa/dependente, com uma área de intervenção predominantemente social e regulamentados pelo Decreto-Lei n.º 30/89, de 24 de janeiro.

A preocupação do Estado Português com a população idosa vai manter-se nas décadas seguintes. Durante a década de 90, é criado o complemento por dependência para todos os pensionistas dos regimes da Segurança Social que se encontrem em situação de dependência, seja por motivos físicos seja psíquicos (Decreto-Lei n.º 265/99, de 14 de julho). Ainda nesta década é criado o *Programa de Apoio Integrado aos Idosos* (PAII), que resulta do Despacho Conjunto n.º 259/97, publicado no Diário da República n.º 192, de 21 de agosto. Este programa tinha como objetivos principais: (i) a promoção da autonomia das pessoas idosas ou em situação de dependência, preferencialmente no seu domicílio; (ii) o estabelecimento de medidas que melhorassem a mobilidade e a acessibilidade aos serviços; (iii) a implementação de respostas de apoio às famílias que prestassem cuidados, especialmente a idosos; (iv) finalmente, a promoção e o apoio à formação dos prestadores de cuidados, sejam formais ou informais. Para a prossecução destes objetivos, este programa desenvolve-se através de dois eixos fundamentais, o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e a Formação de Recursos Humanos (FORHUM). O primeiro (SAD) promovia o alargamento da cobertura existente, com a sua extensão às 24h/dia, a melhoria da qualidade dos serviços prestados, assim como a adaptação ambiental. O segundo (FORHUM) destinava-se aos cuidadores formais e informais, capacitando-os para a prestação dos cuidados. A este propósito importa referir que este programa (PAII) constitui o germen da articulação dos serviços sociais com os serviços de saúde no nosso país, e que será posteriormente desenvolvida.

É durante a década de 2000 que em termos de prestações sociais se assiste à criação do *Complemento Extraordinário de Solidariedade* e ao *Complemento Solidário para Idosos*. Ambos visam o reforço da proteção social aos mais desfavorecidos. O primeiro é destinado aos pensionistas de invalidez e velhice do regime não contributivo, regulamentado através do Decreto-Lei n.º 208/2001, de 27 de julho. O segundo, regulamentado pelo Decreto-Lei n.º 232/2005, de 29 de dezembro, é destinado a pensionistas com mais de 65 anos, e visa complementar os rendimentos preexistentes através da fixação anual de um valor de referência considerado como rendimento mínimo para a subsistência da pessoa idosa.

Em termos de respostas sociais para a população idosa, as duas últimas décadas referenciam um crescimento gradual de diversos tipos de respostas (Carta Social, 2013). Para tal contribuiu a implementação do *Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais* (PARES), regulamentado pela Portaria n.º 426/2006, de 2 de maio, e o *Programa de Apoio ao Investimento em Equipamentos Sociais* (Portaria n.º 869/2006, de 29 de agosto), os quais tinham por objetivo apoiar o desenvolvimento da rede de equipamentos sociais através da concessão de incentivos ao investimento.

De uma forma quase que generalizada, pode afirmar-se que as respostas sociais destinadas à população idosa/dependente em Portugal, designadamente centros de dia, Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e lares de idosos, as mais representativas, são desenvolvidas quase exclusivamente pelo setor não lucrativo, designadamente por Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), com implantação local, e regulamentadas pelo Decreto-Lei 119/83, de 25 de fevereiro.

Estas instituições de solidariedade social distinguem-se quanto à sua origem e âmbito de intervenção, consubstanciando-se em Fundações, Associações de Solidariedade Social, Associações de Socorros Mútuos e Misericórdias, estas últimas com uma história, na sociedade Portuguesa, com mais de 500 anos.

Segundo o normativo que regulamenta as IPSS, (Decreto-Lei 119/83, de 25 de fevereiro), estas são definidas como instituições resultantes da iniciativa de particulares, que não poderão ter fins lucrativos. Têm como objetivo dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça para com os cidadãos, de modo à prossecução de objetivos de solidariedade social consignados na Constituição da República Portuguesa, nomeadamente as previstas na alínea b) do n.º 2 do artigo 67º, no artigo 69º, na alínea e) do n.º 1 do artigo 70º e nos artigos 71º e 72º.

Estas organizações não podem ser administradas pelo Estado Central nem pelo poder autárquico e a sua intervenção passa, normalmente, por apoiar segmentos populacionais considerados frágeis, designadamente a infância, a terceira idade, a deficiência, as famílias ou indivíduos em risco de exclusão social, entre outras áreas (Decreto-Lei 119/83, de 25 de fevereiro).

Pode-se afirmar que é no pós 25 de abril que se assiste a um desenvolvimento muito acelerado deste tipo de organizações, o qual resulta, por um lado, da exigência, por parte do Estado/sociedade do desenvolvimento, de respostas de proteção social, mas, por

outro, porque também lhes garante o financiamento público, através da celebração de acordos de cooperação, que lhes permite a concretização da sua atividade (Decreto-Lei 119/83, de 25 de fevereiro).

Estes acordos de cooperação são regulamentados pelo Despacho Normativo 75/92, de 20 de maio, que, no geral, define os deveres de ambas as partes. Entre outras obrigações, as IPSS comprometem-se a garantir o bom funcionamento dos equipamentos, dando cumprimento aos requisitos técnicos emanados pelos serviços da Segurança Social, apoiados por um quadro de pessoal adequado à natureza dos serviços a prestar. Por seu lado, os serviços da Segurança Social, basicamente, comprometem-se a garantir apoio técnico, de modo a promover a qualidade dos serviços prestados, e compartilhar mensalmente com as IPSS, de acordo com os valores acordados e com os registos das frequências mensais de utentes (Despacho Normativo 75/92, de 20 de maio). Na prática, em muitos casos, nem a Segurança Social cumpre totalmente os seus deveres, não fazendo um acompanhamento assíduo do trabalho das IPSS, com exceção do cumprimento dos pagamentos mensais, nem as IPSS cumprem o acordado, muitas vezes por falta de pessoal técnico ou direções pouco esclarecidas (Hespanha et al., 2000).

Anualmente são assinados Protocolos entre o Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social com os representantes dos diversos atores da rede solidária (União das IPSS, das Misericórdias e das Mutualidades), no sentido da atualização dos valores a ser compartilhados pelo Estado para as diferentes respostas sociais.

Ainda sobre este assunto importa referir que o apoio financeiro do Estado às IPSS não se reduz apenas aos Acordos de Cooperação, inclui ainda o financiamento para a construção dos equipamentos, regalias e isenções tributárias, entre outros apoios/benefícios (Hespanha et al., 2000).

As respostas sociais criadas e geridas pelas IPSS são sujeitas a normas de criação e funcionamento específicas. A legislação que regula o licenciamento e fiscalização dos equipamentos sociais tem, também ela, sofrido alterações nas últimas décadas. Foram inicialmente regulamentadas pelos normativos: Decreto-Lei n.º 30/89, de 24 de janeiro, Decreto-Lei n.º 133-A/97, de 30 de maio e pelo Despacho Normativo n.º 12/98, de 13 de janeiro, este último direcionado para o funcionamento dos lares de idosos. Mais recentemente, em 2007, foi aprovado o novo regime de licenciamento e fiscalização da

prestação de serviços e dos estabelecimentos de apoio social, através da publicação do Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de março.

De acordo com os últimos dados disponíveis na Carta Social, referentes ao ano de 2012, a Rede de Serviços e Equipamentos Sociais (RSES) é maioritariamente constituída pelas entidades da Rede Solidária, apesar de se ter também registado um crescimento das entidades lucrativas. Por referência a 31 de dezembro de 2012, existiam em Portugal cerca de 5200 entidades proprietárias de equipamentos sociais, representando as entidades não lucrativas 71% e as entidades lucrativas 29%. Do total das entidades não lucrativas cerca de 90% são IPSS.

Importa também salientar que é na década de 2000 que se assiste ao investimento crescente na qualidade das diversas tipologias dos equipamentos sociais, com a publicação dos Manuais da Qualidade da Segurança Social (ISS, IP, 2012). Estes manuais constituem referenciais que visam a implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade nas respostas sociais, de modo a promover uma melhoria significativa na sua organização e funcionamento.

Estão disponíveis Manuais de Qualidade para todas as respostas sociais, desde a infância à terceira idade. Especificamente para a população idosa foram publicados para as respostas sociais Acolhimento Familiar, Estruturas Residenciais para Idosos, Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário. Estes manuais são compostos pelo *Modelo de Avaliação da Qualidade*, pelo *Manual de Processos-Chave* e pelos *Questionários de Avaliação da Satisfação* (Clientes, Colaboradores e Parceiros). Para a qualificação das respostas sociais estão previstos três níveis de qualificação de acordo com o cumprimento dos três níveis de critérios exigidos, designados de Nível C, B e A, sendo que este último corresponde ao cumprimento na totalidade dos critérios exigidos pelos serviços da Segurança Social (www.seg-social.pt).

1.2.2 Políticas de Saúde em Portugal

Tal como aconteceu ao nível das políticas sociais, a organização dos serviços de saúde em Portugal foi condicionada, através dos tempos, pela influência dos conceitos

religiosos, políticos e sociais de cada época. Contudo, a organização dos serviços de saúde foi-se concretizando para dar resposta às necessidades das populações.

Até à criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em 1979, a assistência médica era assumida pelas famílias, por instituições privadas e pelos serviços médico-sociais da Previdência (PortaldaSaude, 2013), pois só a Constituição da República Portuguesa de 1976 vem consagrar o direito à saúde como um direito universal garantido pelo Estado.

No artigo 64º da Constituição, e evidenciando as suas orientações principais, está consignado que a saúde deverá ser acessível a todos, designadamente os cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação, independentemente da condição económica do cidadão. Para tal, o Estado deverá garantir uma cobertura eficiente e racional de todo o país, seja em recursos humanos seja em unidades de saúde.

De acordo com a legislação em vigor, em Portugal coexistem atualmente três sistemas na prestação de cuidados de saúde, designadamente o Serviço Nacional de Saúde, subsistemas públicos e privados específicos para algumas categorias profissionais, e seguros voluntários privados. Simões (2003) refere que, em Portugal, apesar do direito à saúde ser universal, geral e gratuito, os cuidados de saúde têm vindo a ser, em parte, privatizados. Esta privatização traduz-se na venda de serviços quer aos cidadãos quer ao próprio Serviço Nacional de Saúde, o que confere a este último um grande peso na prestação de cuidados, mas não a sua exclusividade.

O financiamento dos serviços de saúde é simultaneamente público e privado. O SNS é maioritariamente financiado pelo Estado (cerca de 90%); os subsistemas são financiados pelos empregadores e empregados e os seguros privados são assumidos, exclusivamente, pelo utente (Simões et al., 2010). Os subsistemas públicos e privados estão sempre sujeitos à fiscalização do Estado.

Segundo os dados mais recentes, que se encontram disponíveis no Plano Nacional de Saúde 2012-2016, a rede hospitalar Portuguesa é constituída por estruturas diferenciadas para dar resposta aos problemas de saúde, também eles diferenciados. Assim, a rede é constituída por 212 hospitais, dos quais 91 são privados. Os 363 centros de saúde existentes foram organizados em 74 Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Ainda segundo os mesmos dados, em 2012 estavam em funcionamento 342 Unidades de Saúde familiar e 186 Unidades de Cuidados na Comunidade. Finalmente, a Rede Nacional de

Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) tem disponibilizado cerca de 6000 camas, com predominância nas Unidades de Longa Duração e Manutenção (2752 camas).

Para a prossecução de todos os cuidados de saúde, e ainda segundo o mesmo documento, a despesa corrente com os diferentes serviços corresponde a 10,2% do PIB, isto é, a uma despesa *per capita* na ordem dos 1650€ anuais (Plano Nacional de Saúde, 2012).

Direcionado especificamente para a população idosa/dependente foi criado em 2004 o *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Este Programa, que visa a melhoria/manutenção da saúde desta faixa etária, assenta em três pilares fundamentais e que vão ao encontro das linhas orientadoras do *Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento*, resultado da II Assembleia Mundial, organizada pelas Nações Unidas. Assim, os três pilares orientadores são: (i) a promoção de um envelhecimento ativo, ao longo de toda a vida; (ii) uma maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas; (iii) a promoção e desenvolvimento, entre vários setores, de ambientes que permitam a capacitação da autonomia e independência das pessoas idosas.

Tal como referido no Programa, é importante salientar que muitos dos fatores que são determinantes na saúde dos idosos e têm impacto nas famílias dos idosos ultrapassam, em muitos casos, os limites da ação dos serviços de saúde, designadamente a segurança, a inadaptação a ambientes urbanos ou rurais, a proteção social, as habitações, as desestruturações familiares, entre muitos outros fatores. Neste seguimento, o *Plano Nacional* propõe uma visão e atuação multissetorial integrada entre os diversos intervenientes, de modo a ser ultrapassado quer o paradigma da abordagem curativa dos serviços de saúde quer das formas mais tradicionais de apoio social (Programa Nacional de Saúde das Pessoas Idosas, 2012).

Mais recentemente, procurando uma maior integração dos serviços, é criada em 2006 a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), resultante da parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, regulamentada pelo do Decreto-Lei 101/2006, de 6 de junho.

A criação da RNCCI fica a dever-se às carências entretanto verificadas ao nível dos cuidados de longa duração e paliativos, decorrentes do aumento do número de pessoas portadoras de doenças crónicas e incapacitantes (Carta Social, 2013).

Neste contexto, entende-se por Cuidados Continuados Integrados todas as intervenções integradas ao nível da saúde e também social que visam a recuperação global do indivíduo, promovendo a sua autonomia, melhorando a sua funcionalidade, através da reabilitação, readaptação e reinserção social e familiar.

A referenciação para este tipo de cuidados inicia-se, normalmente, com a alta hospitalar, garantindo a continuidade dos tratamentos com a integração nas diversas tipologias de Unidades. Pode também resultar de referenciação no próprio domicílio do doente, sendo que, neste caso, os cuidados de saúde podem ser direccionados para internamentos nas diversas tipologias de Unidades, ou serem assumidos por equipas de cuidados domiciliários.

Em suma, a RNCCI visa essencialmente a prestação de cuidados numa lógica de maior proximidade das populações, através de tipologias de cuidados diferenciadas, designadamente Unidades de Convalescença, Unidades de Média Duração e Reabilitação, Unidades de Longa Duração e Manutenção, Unidades de Cuidados Paliativos e Equipas de Cuidados Continuados Integrados.

Cada uma destas tipologias de cuidados rege-se por orientações próprias de funcionamento, através de regulamentação específica (Decreto-Lei 101/2006, de 6 junho).

Fazendo uma breve caracterização das tipologias diferenciadas destas Unidades, de acordo com o normativo que as enquadra, a Unidade de Convalescença tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, a reabilitação integral do doente que teve perda transitória da sua autonomia e que não necessita de internamento em hospital de agudos. Este tipo de Unidade (Convalescença), que prevê um internamento não superior a 30 dias, pode estar situado em área adjacente a um hospital de agudos, de forma a estabelecer complementaridade na utilização de componentes logísticos, terapêuticos e de diagnósticos. Estas Unidades contribuem também para a facilitação da gestão de altas nos hospitais de agudos.

As Unidades de Média Duração e Reabilitação seguem os mesmos princípios da Unidade de Convalescença, tendo por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral do doente. Num internamento que, neste caso, não pode exceder os 90 dias, prestam-se cuidados clínicos, de reabilitação e apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo

patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável.

As Unidades de Longa Duração e Manutenção, e contrariamente às tipologias anteriores, já não assentam no princípio da reabilitação, mas enquadram-se em objetivos que têm por finalidade proporcionar cuidados que previnam ou retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida do doente, por um período de internamento superior, previsto para 90 dias consecutivos.

As Unidades de Cuidados Paliativos preveem o acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento decorrentes de doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva.

Mais recentemente surgiram novas respostas nos cuidados de saúde domiciliários com a criação das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

Segundo o documento regulador, o Decreto-Lei 1001/2006, as ECCI são constituídas por equipas multidisciplinares da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social, que visam a prestação de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou até outros, a pessoas dependentes ou em convalescença, ou mesmo em fase terminal, mas que não podem deslocar-se do domicílio. Nestes casos é obrigatório existir suporte social, isto é, impõe-se a presença de cuidador no domicílio, caso contrário, não são prestados cuidados domiciliários. No mesmo documento, no seu artigo 28º, estão descritos quais os serviços prestados por estas equipas e que são: (i) cuidados de fisioterapia; (ii) apoio psicossocial e ocupacional, envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados; (iii) educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores; (iv) apoio na satisfação das necessidades básicas; (v) apoio no desempenho das atividades da vida diária; (vi) apoio nas atividades instrumentais da vida diária (Decreto-Lei 1001/2006).

Importa evidenciar que os recursos humanos técnicos da generalidade destas tipologias de cuidados são comuns, devendo integrar os seguintes profissionais: médicos (sendo que nas tipologias de reabilitação um dos médicos terá de ser fisiatra), enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas da fala e ocupacionais, dietista/nutricionista, psicólogos e assistentes sociais.

Pelo exposto pode afirmar-se que nas últimas décadas, o sistema de saúde português foi palco de grandes mudanças que contribuíram para a criação de estruturas

diferenciadas para promover serviços que garantam o acesso de todos à saúde. Contudo, e de acordo com Amendoeira (2009), a centralidade da pessoa/cidadão nos serviços de saúde só terá visibilidade quando o local de eleição para a prestação dos cuidados deixar de ser as estruturas hospitalares e passe a ser o domicílio. Isto naturalmente implica uma mudança no paradigma, assim como da dinâmica que caracteriza as relações assimétricas entre os profissionais de saúde e os cidadãos, bem como entre os diferentes profissionais de saúde.

Face ao exposto, pensamos poder afirmar que em Portugal o apoio social e de saúde à população idosa/dependente é da responsabilidade do Estado, do mercado, da sociedade civil e, em grande parte, da família. Cabe ao Estado o cofinanciamento e a criação de normativos, regras de acesso e fiscalização. À sociedade civil e às famílias cabe organizar-se de modo a apoiar e contribuir para o financiamento dos serviços (Carvalho, 2010).

1.3 A necessidade de recursos comunitários para a população idosa

Face ao que foi anteriormente dito conclui-se que, no contexto Português e mesmo internacional, a prestação dos cuidados à população idosa/dependente, ao nível dos cuidados de saúde e ao nível do apoio social, só muito recentemente (finais do século passado) extrapolou, em parte, a esfera familiar (Santana, 2010).

Anteriormente, os cuidados aos mais idosos eram prestados quase que exclusivamente pelo cuidado informal (família, voluntariado, etc), o que Brickner (1975, in Boling et al, 2013) designou por “a medically unreached group”. Para além de se tratar no passado, de um grupo pouco expressivo, os problemas associados não tinham a dimensão atual, sobretudo ao nível da doença e da comorbilidade.

É já durante a segunda metade do século XX que o fenómeno do envelhecimento assume a importância que lhe atribuímos atualmente, pelo que se vem a assistir ao aumento, em larga escala, quer no nosso país quer a nível internacional, de instituições de natureza diferenciada que passam a assumir a prestação dos cuidados aos mais idosos, normalmente portadores de doenças crónicas e incapacitantes. Neste contexto, assiste-se à difusão de estruturas hospitalares, como também à construção de lares de idosos, residências assistidas, algumas delas, muitas vezes, especializadas em patologias diferenciadas.

Uma das consequências do aumento da população idosa em múltiplas comunidades traduziu-se na necessidade de uma maior amplitude de recursos comunitários dirigidos a esta faixa etária, onde os fatores subjacentes a esta situação são diversos e merecem alguma explicação.

Os índices de envelhecimento verificados em uma grande parte das comunidades ocidentais estão associados ao aumento dos graus de dependência entre a população idosa (Graub & Amerman, 2010). Esta situação resulta da tendência a que temos estado a assistir, e que tende a continuar, do aumento da incidência de doenças não transmissíveis, de doenças crónicas e incapacitantes que vão conduzir, por seu turno, a um aumento do número de pessoas que apresentam elevados graus de dependência, o que vai objetivamente resultar no aumento da necessidade de maiores prestações de cuidados a esta faixa etária (Tarricone & Tsouros, 2008).

A conjugação de vários fatores de natureza social determinou, também, a diminuição da disponibilidade do cuidado informal, designadamente a redução dos agregados familiares e a crescente integração das mulheres no mercado de trabalho, assim como a desertificação do meio rural associado à urbanização (Pimentel & Mesquita, 2003).

Por outro lado, o crescente desenvolvimento das sociedades tem determinado que os indivíduos tendam naturalmente a exigir melhoria nos sistemas de cuidados, especialmente na articulação entre os diferentes serviços e a orientação para as suas efetivas necessidades (Tarricone & Tsouros, 2008).

Finalmente, os avanços verificados em tecnologias diferenciadas têm permitido a prestação cada vez maior de cuidados, em contexto de internamento, mas com uma tendência progressiva para a prestação dos cuidados em contexto domiciliário (Colombo et al., 2011).

É neste contexto social, económico, político e epidemiológico que o progressivo envelhecimento da população vai determinar o aparecimento de um novo conceito - *Long Term Care* - traduzido por cuidados de longa duração (Chou, Chi & Leung, 2008). Se no passado este conceito se referia apenas à estrutura onde as pessoas, normalmente idosas e portadoras de doenças crónicas, eram cuidadas até ao final de vida, atualmente, o conceito é bem mais abrangente e não se reporta apenas ao contexto institucional, mas também ao contexto domiciliário/comunitário (Graub & Amerman, 2010).

O conceito de cuidados de longa duração engloba um conjunto de serviços destinados a indivíduos que apresentam um quadro de incapacidade, que pode ser funcional e/ou cognitiva, normalmente dependentes na execução das AVD (Atividades de Vida Diária) por um período de tempo alargado (Colombo, 2011; Graub & Amerman, 2010).

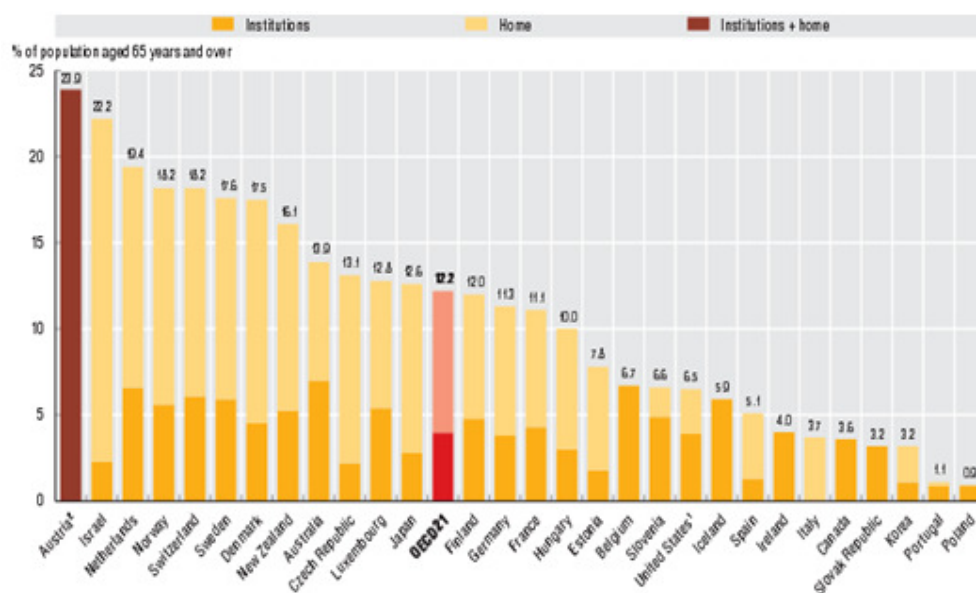
Os destinatários destes serviços não têm que ser forçosamente idosos, mas indivíduos de qualquer idade que apresentem obrigatoriamente qualquer tipo de incapacidade (Evashwick, 2005). Os cuidados prestados têm uma forte componente de saúde, sendo normalmente prestados por profissionais de enfermagem, de reabilitação e até mesmo de cuidados paliativos (Graub & Amerman, 2010). A um outro nível, e com menor intensidade, este tipo de cuidados pode ainda ser destinado a indivíduos que apresentam incapacidades mais leves, necessitando de apoio apenas ao nível das AVDI (Atividades de Vida Diária Instrumentais) (Graub & Amerman, 2010). Neste caso, e a título de exemplo, os indivíduos podem ser apoiados na execução de tarefas domésticas, ou em assuntos administrativos, entre outros (Colombo, 2011).

Face ao exposto, e de acordo com os dados da Fig. 1, pode afirmar-se que os cuidados de longa duração resultam da necessidade, cada vez maior, de cuidar de indivíduos idosos com doenças agudas, mas também crónicas e incapacitantes (Chou, Chi & Leung, 2008), e que o seu objetivo principal é a promoção de um maior nível de independência, atendendo às preferências do utente, assegurando a sua máxima segurança (Graub & Amerman, 2010).

Os cuidados de longa duração assentam em respostas como os lares de idosos, as residências assistidas, os centros de dia, os cuidados domiciliários ou os cuidados continuados, entre outras.

Em Portugal, praticamente não são conhecidos trabalhos desenvolvidos nesta área dos cuidados de longa duração e, mais especificamente, na análise dos custos associados aos mesmos, apesar das recentes orientações governamentais, na área da saúde, se dirigirem, embora de um modo ainda muito incipiente, para a prestação de cuidados domiciliários e de proximidade, com a criação, em 2006, da Rede Nacional de Cuidados Continuados nas suas diferentes tipologias de cuidados (Decreto-Lei 1001/2006).

Fig. 1- População com mais de 65 anos a receber Cuidados de Longa Duração, 2009



Fonte: OECD, Health Data, 2011

Os cuidados direcionados especificamente para a população idosa ou dependente, seja em contexto de internamento seja em contexto domiciliário, têm entre nós história muito recente, que data dos finais do século passado, e, de um modo geral, tem-se orientado para uma vertente mais social da prestação dos cuidados, desvalorizando a componente da saúde nessa mesma prestação (Oliveira, 2007).

Os progressivos aumentos da procura na prestação de cuidados de longa duração têm-se revelado uma pesada fatura para os diferentes governos. Segundo dados da OCDE apresentados por Colombo (2011), o aumento do número de indivíduos incapacitados e a necessitar de cuidados diferenciados vai, logicamente, aumentar os custos, quer com os sistemas de saúde quer com o apoio social. Prevê-se que, até 2050, os custos com os cuidados de longa duração dupliquem ou mesmo tripliquem.

No entanto, as políticas terão de ir neste sentido, caso constitua objetivo das sociedades a melhoria das condições de vida das suas populações. Por tal, tem-se assistido, e a tendência será a de manter-se, a uma enorme pressão na reconfiguração dos sistemas de saúde e segurança social, de modo a melhorarem a sua capacidade de resposta, a sua continuidade, a sua eficiência e a sua equidade (Baris, 2008 in Tarricone & Tsouros, 2008).

1.4 Desafios

O fenómeno do envelhecimento populacional progressivo das sociedades desenvolvidas vai determinar que este problema passe a não poder ser considerado apenas como um problema *nacional*, relativo a cada país, mas como um problema que afeta a comunidade internacional, passando a ser designado de *envelhecimento global* do século XXI (Powell, 2010).

Atualmente, o fenómeno do envelhecimento associado à crise financeira que a Europa e alguns dos países ocidentais atravessam determina uma análise mais aprofundada do problema, isto é, a globalização do fenómeno do envelhecimento tem impacto em múltiplas dimensões, originando implicações que transcendem as fronteiras geográficas e culturais, designadamente as questões ligadas às migrações e a sua relação com a saúde, o emprego, as pensões e o acesso a recursos económicos.

Uma das questões que mais preocupa os cidadãos e os governos, e que levou o tema do envelhecimento para o topo da agenda global, associa-se com o problema do financiamento dos sistemas de segurança social e a idade da reforma, devido à atual *crise global de crédito*.

Enquanto em países como os Estados Unidos, onde se prevê a sustentabilidade dos seus sistemas da segurança social até 2040 e a maioria dos cidadãos possuem sistemas privados de saúde, na Europa a situação é bastante diferente. Na maioria dos países europeus cerca de 90% dos trabalhadores dependem quase que em exclusivo do sistema público de pensões. Aliás, segundo Powell (2010), prevê-se que, em 2050, 18% do PIB dos países desenvolvidos se destine ao pagamento de pensões e prestação de cuidados aos mais idosos.

Concretamente no caso Português importa registar a tendência que se tem verificado nos últimos anos relativamente às políticas sociais para a terceira idade. As diversas alterações e ajustamentos que se têm visto ao longo das últimas décadas foram dando corpo ao sistema, ilustrando, simultaneamente, as opções políticas e sociais dos sucessivos Governos.

Contudo, pode afirmar-se que o Estado Português nunca conseguiu a aproximação aos modelos de bem-estar social da generalidade dos países europeus. A tendência dos últimos anos tem sido o de acentuar a demarcação direta do Estado na prestação/provisão

dos cuidados aos mais idosos. No sistema de proteção social a esta faixa etária, constata-se o grande peso das pensões como componente mais elevada nas despesas, em contraposição a um investimento mínimo na provisão de serviços. Neste panorama, embora o Estado assuma um papel regulador e financiador, este vai delegar na família e no setor privado não lucrativo a organização e a prestação efetiva dos cuidados) desresponsabilizando-se dessa função (Lopes et al., 2013).

Segundo Cardoso, Santos, Baptista & Clemente (2012), as orientações políticas no nosso país, escudando-se no aumento do número de idosos e no conceito de envelhecimento demográfico, têm operacionalizado alterações recentes ao nível do sistema de Segurança Social. Nestas alterações a tendência orienta-se para a redução dos valores das reformas/pensões assim como para o retardamento no acesso às mesmas. Importa lembrar legislação recente de fixação da idade da reforma nos 66 anos.

Por outro lado, tem-se assistido a uma maior implicação da sociedade civil (IPSS e famílias) na intervenção ao nível da regulamentação e apoio a estabelecimentos, serviços e programas destinados a dar resposta às necessidades específicas dos idosos, recuando o Estado como entidade financiadora. A este propósito é conveniente lembrar a tendência dos últimos orçamentos de Estado ao nível dos serviços de saúde que preveem aumento significativo dos valores a pagar pelas taxas moderadoras, assim como a redução dos valores mínimos para atribuição de isenções nos mesmos serviços. Situação idêntica se verifica ao nível dos serviços sociais, com uma cada vez maior implicação das famílias no pagamento das comparticipações dos utentes e/ou familiares nas respostas sociais.

Segundo Pimentel (2002), existem algumas orientações ou desafios que são colocados aos países que se confrontam com o problema do envelhecimento populacional, e que poderão contribuir para a resolução ou minimização do problema. De entre esses desafios destaca-se a necessidade de manter o crescimento e equilíbrio das finanças públicas. Este desafio é sustentado na previsão de um aumento generalizado das despesas associadas ao financiamento dos sistemas de proteção social e de saúde, a que se junta a diminuição da população ativa. Uma outra orientação ou desafio prende-se com a necessidade de promover a readaptação de uma mão-de-obra cada vez mais envelhecida e reduzida. Esta faixa da população ativa que, necessitando naturalmente de ser revalorizada, surge em associação ao aumento progressivo da idade da reforma a que temos vindo a assistir, necessitando naturalmente de ser revalorizada. Uma terceira orientação sugere a

fixação de valores de pensões mais equilibrados, de forma a assegurar, no futuro, a dignificação da pessoa idosa.

Face ao exposto, pode afirmar-se que, dependendo do nível de desenvolvimento de cada país, a prestação dos cuidados aos mais idosos vai passar a estar determinada por condições económicas. Associadas a estas surgem condições estruturais, políticas de saúde e de bem-estar, cabendo às estruturas de cuidados (sociais e de saúde) estipular que serviços devem ser prestados e quais os que devem ser reembolsados em cada nível de cuidados (Gray et al., 2009).

Nesta linha de orientação, os cuidados domiciliários, ao nível do apoio social ou ao nível dos apoios na área da saúde, poderão constituir uma alternativa eficaz ou até mesmo eficiente para dar resposta a esta questão do apoio à população idosa ou dependente.

2 Serviço de Apoio Domiciliário ou Home Care

O apoio disponibilizado pelo Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) para as pessoas idosas/incapacitadas tem vindo a manifestar-se de grande importância nas sociedades mais desenvolvidas. São vários os estudos que defendem as vantagens deste serviço comparativamente com outros serviços comunitários (Elkan, Kendrick & Dewey 2001, Hollander, Chappell, Havens, McWilliam & Miller, 2002), para além da preferência da população idosa de permanecer no seu domicílio (Jorgensen, Arksey, Parsons, Senior & Thomas, 2009).

2.1 Conceito e Objetivos

Trata-se de um conceito não muito claro e que apresenta interpretações diferentes entre países e setores da sociedade, pelo que foi já designado de *conceito exploratório* (Thomé, Dykes & Hallberg, 2003).

Numa definição abrangente, podemos afirmar que tem por objetivo satisfazer as necessidades sociais e de saúde na casa da pessoa, através de uma elevada e apropriada qualidade de cuidados sociais (serviços domésticos e pessoais) e de saúde domiciliários, prestados por cuidadores formais e informais, utilizando tecnologias, sempre que necessário. Desta forma faculta-se um *continuum* de cuidados adequado e acessível a todos, promovendo a qualidade de vida dos indivíduos (Tarricone & Tsouros, 2008; Thomé, Dykes & Hallberg, 2003).

Numa outra definição, o SAD é encarado como uma componente de cuidados compreensivos de saúde destinados a indivíduos que se encontram nas suas casas, incluindo aqui também as famílias, com o propósito de promover, manter/restabelecer a saúde, ou até mesmo minimizar os efeitos da doença/incapacidade, através de um plano de cuidados planeado e coordenado por estruturas diferenciadas, e executado por profissionais qualificados (Dieckmann, 2010).

Nestas definições, como em outras, está implícito um conjunto de conceitos dos quais evidenciamos os cuidados de saúde, os cuidados sociais, o conceito de domicílio, de cuidadores informais, de plano de cuidados, entre outros.

Se normalmente o SAD está associado a pessoas idosas, doentes, dependentes e fragilizadas, a tendência tem sido a de alargar o conceito a qualquer idade e a diagnósticos muito diferenciados (Cox & Ory, 2000).

Os objetivos dos cuidados domiciliários orientam-se essencialmente para a manutenção ou melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, otimizando o seu estado funcional, de modo a atingir a maior independência possível, através de cuidados centrados nas suas reais necessidades. Contudo, os objetivos podem também passar pela manutenção do bem-estar do indivíduo, sobretudo para situações de doenças crónicas ou até mesmo terminais (Thomé, Dykes & Hallberg, 2003).

De um modo geral, podemos afirmar, tal como Kane (1999a), que o SAD visa prestar, por um lado, cuidados terapêuticos com uma dimensão de reabilitação (Medical Postacute Care) e, por outro, cuidados de compensação de incapacidades (Social Supportive Care). Os cuidados terapêuticos associam-se a objetivos que visam manter/melhorar a função através de planos de cuidados ajustados às necessidades dos indivíduos e que resultam normalmente de episódios de doença súbita. Este tipo de cuidados tem uma forte componente de saúde e utiliza, sempre que necessário, tecnologia sofisticada, evitando, em muitos casos, internamentos hospitalares. Os cuidados de compensação visam proporcionar um conjunto de serviços de modo a responder a necessidades identificadas, evitando a ausência de complicações, com uma forte incidência na prestação de cuidados associados à satisfação das Atividades de Vida Diária (AVD), resultando, neste caso, num modelo social de cuidados, dirigido normalmente à população idosa e incapacitada devido à presença de doenças crónicas (Brickner, 1997).

O que é esperado através da prestação de cuidados domiciliários é a melhoria do estado do indivíduo que é normalmente traduzido em resultados calculados em períodos de tempo distintos. Estes resultados podem ser de três tipos. O primeiro designado de *end-result outcome* traduz-se na mudança verificada no estado de saúde de um indivíduo desde o início da prestação dos cuidados até ao seu final e que é afinal o principal objetivo desta mesma prestação de cuidados. Exemplos de resultados deste tipo são a melhoria na capacidade de deambular entre o início e o fim do tratamento, a estabilização da dor, entre outros. Um segundo tipo de resultados, designados de *instrumental outcome*, traduz-se pela mudança verificada no doente ou cuidador informal em termos de comportamento, emoções ou conhecimentos, e que vão influenciar os *end-result outcomes*. Ilustrações deste

tipo de resultados são, por exemplo, a aquisição de competências do utente ou do cuidador de controlar a tensão arterial, a diabetes, entre outros. O terceiro tipo de resultados é designado de *utilization outcome*. Trata-se de resultados que se associam à utilização ou não de serviços diferenciados. Exemplos deste tipo de resultados incluem a redução do número de admissões hospitalares ou do recurso a cuidados de emergência (Shaughnessy & Crisler, 2010).

2.2 Emergência do Serviço de Apoio Domiciliário

Nas últimas décadas tem-se assistido, em muitos países europeus e não só, à tendência de desenvolver políticas de estimulação da permanência dos idosos nas suas comunidades, através da disponibilização de estruturas diferenciadas de apoio no domicílio.

Segundo Dieckmann (2010), esta política visa por um lado, reduzir os custos associados ao cuidado e, por outro, corresponder àquilo que os idosos preferem, e que se trata afinal de envelhecer no domicílio - *aging in place* (Callahan, 1993, citado por Pérez & Fernández-Mayoralas, 2002).

Investigações mais recentes defendem que o conceito de casa assume para o indivíduo três funções, designadamente a função da manutenção, a da estimulação e do apoio/suporte (Ramey & Cress, 2012). O conceito de casa evoca inúmeras associações, relacionadas, designadamente, com os valores da privacidade, da identidade, das associações físicas e emocionais, da solidariedade e até de segurança (Sorbye, 2009; Thomé, Dykes & Halberg, 2003). Manter-se no seu domicílio deveria mesmo constituir-se como um direito para os mais idosos. Dar a possibilidade aos mais velhos de envelhecer no lugar onde querem, e da maneira que preferem, deve constituir um direito.

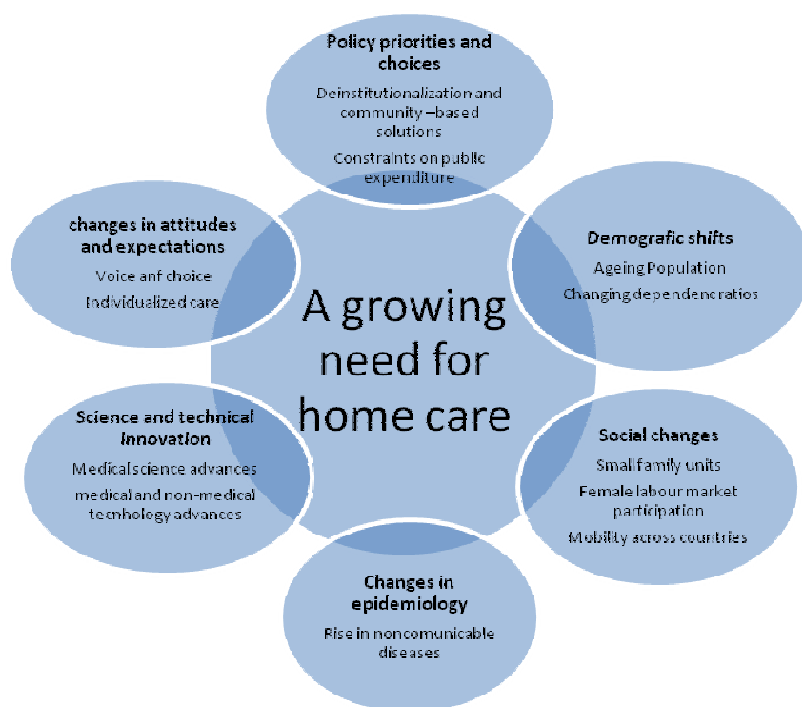
São vários os fatores que têm determinado a emergência dos cuidados domiciliários nas últimas décadas e dos quais se irá fazer uma breve explanação, recorrendo à informação disponibilizada na Figura 2.

Neste contexto, as mudanças demográficas por si só constituem uma das principais justificações da emergência do serviço. Por um lado, deriva do aumento generalizado dos mais idosos e, por outro, da redução dos rácios dos mais jovens para se constituírem como

cuidadores. Segundo Tarricone & Tsouros (2008), dada a existência cada vez maior de idosos, vai justificar-se a necessidade de investir cada vez mais na prestação dos cuidados a esta faixa etária, especificamente nos cuidados pessoais, na prevenção da doença, na intervenção ao nível de atividades de autossuficiência, entre outras.

As mudanças sociais e dos valores das sociedades vão também justificar a necessidade do serviço. A fragmentação das grandes famílias em pequenas unidades familiares, concentradas normalmente nos centros urbanos, vai implicar a redução de existência de cuidadores. A participação da mulher no mercado de trabalho e as próprias condições de trabalho também não facilitam a prestação dos cuidados aos mais dependentes. Para a resolução, em parte, desta situação, tem-se assistido, sobretudo na Europa, à migração de populações mais jovens oriundas dos países de leste, que estão assumir em muitas comunidades a prestação dos cuidados aos mais idosos (Tarricone & Tsouros, 2008).

Fig. 2. Influências sobre a oferta e procura de cuidados domiciliários



Fonte: Adaptado de Tarricone & Tsouros, (2008).

Os avanços observados na saúde pública têm também contribuindo para mudanças ao nível da epidemiologia. O aumento de doenças não transmissíveis vai também constituir-se como um fator influenciador na procura do serviço de apoio domiciliário. Esta influência estende-se sobretudo a três níveis. Em primeiro lugar, traduz-se no aumento e no tratamento de doenças mentais que, segundo os especialistas, será preferível em contexto comunitário. Em segundo lugar, traduz-se no aumento das demências entre a população idosa e sobre o qual as recentes tendências são a de manter estas populações no seu ambiente habitual. Finalmente, traduz-se no aumento significativo de indivíduos com doenças crónicas como a diabetes e doenças respiratórias, na frequência dos vários tipos de fraturas e de cancro entre a população idosa, que poderão manter-se e tratar-se no domicílio, desde que devidamente acompanhados pelos serviços de saúde (Tarricone & Tsouros, 2008).

Os avanços na tecnologia direcionados para os cuidados domiciliários têm permitido maximizar a independência dos idosos, apoiar os cuidadores formais e informais, melhorar a qualidade do cuidado e de vida dos mesmos, reduzindo ou limitando os custos em saúde, em suma, permitindo uma maior eficiência do cuidado (Menack, 2010).

Equipamentos biomédicos altamente sofisticados, resultantes da inovação na ciência e na tecnologia, passaram a estar disponíveis para serem utilizados no domicílio, constituindo-se também como um dos fatores de expansão do serviço. Serviços complexos, até agora de impensável utilização no contexto domiciliário, passam agora a estar disponíveis, designadamente tratamentos de hemodiálise, ventiladores, terapia de infusão, entre outros (Cluff & Brennan, 2000, Osterweil, Brummel-Smith, & Beck, 2000). O surgimento de tecnologias mais simplificadas, assim como o ensino da sua utilização ao utente e ao cuidador, a que se associa uma eficiente rede de prestadores de cuidados, permite assim que cuidados complexos possam ser prestados no ambiente do indivíduo (Dieckmann, 2010). As adaptações ambientais, muitas vezes de grande simplicidade, permitem também que os indivíduos possam permanecer em casa, em alguns casos com graus de incapacidade moderados e até elevados (Tarricone & Tsouros, 2008). Neste contexto, surgiu o conceito de gerontecnologia, o qual tem por objetivo conciliar a tecnologia e o meio ambiente de modo a promover uma vida o mais independente possível

dos idosos, e a sua participação social com a máxima saúde, conforto e segurança possível (Menack, 2010).

Também a mudança na atitude e expectativas dos indivíduos se tem vindo a constituir como um fator que tem contribuído para o aumento da procura do serviço. Atualmente, os indivíduos têm consciência do seu direito à manifestação daquilo que mais lhes interessa em termos de prestação de cuidados. Alguns estudos indicam que os indivíduos utilizadores dos serviços consideram que os sistemas de saúde e sociais devem garantir a permanência da população idosa nas suas casas o máximo de tempo possível, justificando assim o crescimento no interesse por esta resposta de cuidados (Tarricone & Tsouros, 2008).

Finalmente, a emergência do SAD deriva também das escolhas e prioridades políticas. A tendência das políticas atuais está sustentada na ideia de que os cuidados domiciliários beneficiam os indivíduos, as suas famílias e a sociedade em geral (Elkan, Kendrick & Dewey, 2001). Neste sentido, tem-se assistido ao progressivo encerramento de instituições de internamento psiquiátrico; os indivíduos com deficiência mental tendem a residir nas comunidades com apoio, e *crê-se* que a população idosa experiencie melhor qualidade de vida residindo em contexto comunitário que em contexto de internamento. As soluções de cuidados comunitários são assim encaradas como redutoras dos gastos públicos, sendo mais eficazes e eficientes que o cuidado em contexto institucional. Hoje em dia, a filosofia dos cuidados hospitalares tende a libertar tão cedo quanto possível as camas hospitalares, reduzindo o número de dias de internamento, originando naturalmente um desenvolvimento na indústria do SAD e mais especificamente em serviços especializados (Acker & Brown, 2010). Os prestadores de cuidados estão atualmente confrontados com a necessidade de prestar cada vez mais cuidados, e manter um *staff* altamente competente, já que o utente pode necessitar de intervenções que exijam desde alta tecnologia a pequenos apoios na execução das AVD (Clarke, Camaligan, Golden & Maragh, 2010).

2.3 Serviço de Apoio Domiciliário em Portugal

Em Portugal, o conceito de SAD em vigor é compatível com o conceito vigente nos países do sul da Europa. Porque se trata de um serviço que está sob a coordenação de um organismo com responsabilidades a nível social, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, este serviço tem apresentado um cariz marcadamente social.

De acordo com Bonfim & Veiga (1996), o Serviço de Apoio Domiciliário é uma resposta social desenvolvida a partir de um equipamento, e que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias, quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento não possam assegurar temporária ou permanentemente a satisfação das suas necessidades básicas ou instrumentais de vida diária.

Como já se referiu anteriormente, esta resposta social surgiu na década de 70, mas é na década de 90 que se assiste à sua verdadeira expansão em moldes idênticos aos atuais. Nos últimos anos, o SAD registou uma forte valorização pelos sucessivos governos em resultado de um maior incentivo e investimento, comparativamente com as outras respostas sociais para a população idosa e/ou dependente.

De acordo com os dados disponíveis na Carta Social referente ao ano de 2012, o SAD constitui a resposta social que registou maior crescimento entre os anos de 2000 e 2012. Os dados disponíveis apontam para um crescimento na ordem dos 62%, valor que corresponde a 48 000 novos lugares. A Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), com um crescimento na ordem dos 44%, surge a seguir, enquanto os Centros de Dia apresentam 31% de crescimento. Segundo a Carta Social, no ano de 2012, existiam um total de 2566 serviços de apoio domiciliário que disponibilizavam um valor muito próximo dos 100 000 lugares (96 785).

Os dados disponíveis também salientam que, paralelamente ao seu crescimento, se registou, nos últimos anos, o alargamento do período de funcionamento do SAD. Em 2012, cerca de metade dos Serviços de Apoio Domiciliário funcionavam todos os dias da semana, o que correspondia a 51%. Cerca de 17% funcionavam em dias úteis mais sábado, enquanto o funcionamento apenas em dias úteis correspondia a 29%. O funcionamento restrito aos fins-de-semana ficava-se pelos 3%. Destes resultados infere-se a tendência de alargamento do período de funcionamento do serviço, o que também se verifica

relativamente ao período de funcionamento durante o dia, que igualmente tem apresentado tendência para o alargamento.

Importa salientar contudo que, de acordo também com os dados da Carta Social, no ano de 2012 se registou um decréscimo da taxa de ocupação das respostas sociais, enquanto no SAD os valores da taxa de ocupação para igual período correspondem a 78,5% da sua capacidade. A eventual explicação para este decréscimo poderá estar associada quer ao aumento de lugares disponíveis registados nos últimos anos quer à retração familiar, associada à crise e ao desemprego, que em muitos casos determina que sejam os familiares a prestar os cuidados aos mais idosos, onde nem sempre estará garantida a satisfação de todas as necessidades, especificamente devido à falta de pessoal especializado na prestação dos serviços.

Importa ainda referir o investimento na qualidade da resposta a partir da década de 2000, através da publicação dos Manuais da Qualidade da Segurança Social.

2.3.1 Enquadramento legal

O normativo legal que regulamenta o funcionamento do SAD em Portugal não é recente uma vez que data de 1999, sem que tenha sofrido alterações desde então. Trata-se do Despacho Normativo 62/99, de 12 de novembro onde são definidas as normas reguladoras das condições de implantação, localização, instalação e funcionamento desta resposta social.

Segundo o normativo referido, os objetivos gerais desta resposta social são: (i) contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e famílias; (ii) prevenir situações de dependência e promover a sua autonomia; (iii) prestar cuidados de ordem física e apoio psicossocial aos utentes e famílias, de modo a contribuir para o seu bem-estar; (iv) assegurar aos indivíduos e suas famílias a satisfação de necessidades básicas e apoio nas atividades de vida diária; (v) colaborar e/ou assegurar o acesso à prestação de cuidados de saúde (Despacho Normativo 62/99, de 12 de novembro).

Para a prossecução destes objetivos está prevista a prestação de um conjunto de serviços, designadamente: (i) prestação de cuidados de higiene e conforto; (ii) colaboração na prestação dos cuidados de saúde, sob a supervisão do pessoal de saúde; (iii) arrumação e pequenas limpezas no domicílio; (iv) confeção, transporte e/ou distribuição de refeições;

(v) acompanhamento das refeições; (vi) tratamento de roupas; (vii) disponibilização de informação que facilite o acesso a outros serviços da comunidade, no sentido da satisfação de outro tipo de necessidades. Não obstante, o SAD pode ainda assegurar outros serviços, nomeadamente: (i) acompanhamento ao exterior; (ii) aquisição de bens e serviços; (iii) acompanhamento, recreação e convívio; (iv) pequenas reparações no domicílio; (v) contactos com o exterior; (vi) apoio em situações de emergência através de telealarme (Despacho Normativo 62/99, de 12 de Novembro).

Segundo o normativo regulamentador, os indicadores do quadro de pessoal do SAD devem seguir as seguintes orientações: um diretor técnico, um técnico de serviço social por cada 60 utentes, que pode acumular as funções de diretor técnico, um ajudante familiar por cada 6 utentes, um cozinheiro, um ajudante de cozinheiro por cada 30 utentes, um trabalhador auxiliar por cada 30 utentes, um motorista e um administrativo (Bonfim e Veiga, 1996).

Apesar do tempo limitado na prestação dos cuidados (Oliveira & Martin, 2007), as orientações do Normativo preveem também que o serviço deva estar organizado de modo a que, progressivamente, proporcione apoio contínuo de 24 horas, incluindo sábados, domingos e feriados, bem como uma atuação de emergência sempre que tal se justifique.

Está também previsto na legislação regulamentadora que os serviços devem diligenciar para a organização de processos individuais de utente e para a elaboração de um plano de cuidados individual. O processo individual de utente prevê a compilação de toda a documentação pessoal bem como o contrato de prestação de serviços, o plano de cuidados, que deve ser elaborado com o utente e com a família, devendo estar em concordância com as necessidades manifestadas. Todos os cuidados prestados devem estar evidenciados em folhas de registo próprias que permanecerão na casa do utente.

O documento prevê ainda um conjunto de considerações éticas para orientação da conduta dos profissionais, de modo a garantir a privacidade dos beneficiários do serviço.

Finalmente, importa salientar a obrigatoriedade da existência de um regulamento interno em cada serviço de SAD, obrigatoriamente ratificado e aprovado pelos serviços da Segurança Social, onde se enquadram as regras de funcionamento, direitos e deveres dos utentes, direitos e deveres do pessoal, preçário, entre outra informação pertinente para o funcionamento do serviço.

2.4 Tipologias de Serviço de Apoio Domiciliário

A disponibilização de cuidados domiciliários para as pessoas idosas varia muito de país para país (Larson, Silverstein & Thourslund, 2005). De acordo com o desenvolvimento das sociedades, o SAD vai orientar-se mais para a prestação de cuidados nas áreas da saúde, social ou ambas, aliás, este serviço pode variar entre suporte básico até cuidados clinicamente complexos (Boling et al, 2013). A tendência tem sido de, em países mais desenvolvidos, existir um investimento maior neste serviço, disponibilizando serviços variados e alargados por períodos de tempo maiores, incluindo o período noturno.

Neste seguimento, a tipologia de serviços de SAD pode assim variar entre social, de saúde ou mista (Kane, 1994).

2.4.1 Serviço de Apoio Domiciliário com componente principal nos serviços de saúde

A tipologia de SAD com prevalência na vertente de saúde inclui, em linhas gerais, as áreas da convalescença, da reabilitação, da prestação de cuidados de saúde a doentes crónicos, a prestação de cuidados a doentes terminais e os serviços de alívio do cuidador, este último com menor representação.

Os serviços de convalescença incluem, normalmente, a prestação de cuidados após episódios de internamento por situações agudas e/ou agudização de episódio de doença crónica, não exigindo, em princípio, um período alargado de cuidados, prevendo-se uma rápida recuperação (Cox & Ory, 2000).

Os serviços de reabilitação associam-se normalmente a situações de perda de função derivada de doenças, cirurgias, acidentes, ou outras causas, em alguns casos totalmente recuperáveis, mas noutros apenas parcialmente (Sheets & Rubino, 2005). As áreas de intervenção podem passar pela terapia física, terapia da fala, terapia ocupacional, suporte nutricional, intervenção ao nível da saúde mental, entre outras.

Alguns estudos têm demonstrado vantagens da reabilitação em contexto domiciliário. Segundo Crotty, Giles, Halbert, Harding & Miller (2008), os doentes que

reabilitam no domicílio parecem não ter tantos reinternamentos hospitalares como os que reabilitam em contexto hospitalar. Também Cecchi et al (2005) defendem existir um maior envolvimento do doente e das famílias na reabilitação domiciliária. Estas conclusões poderão derivar de alguns fatores, dos quais se destaca uma melhor avaliação das condições ambientais do indivíduo e o ajustamento às suas necessidades na execução das AVD e AVDI, a vontade do indivíduo estar no seu habitat natural, evitar as deslocações/saídas de casa, entre outras. Por vezes, a reabilitação não apresenta resultados tão favoráveis quanto o desejável e resultam da atitude das famílias ou de outros profissionais, que tendem a substituir o idoso na realização das tarefas, exigindo-se, neste caso, a comunicação entre todos os envolvidos no processo de reabilitação, definindo objetivos em conjunto, de modo a promover a independência do indivíduo (Baker, Gottschalk, Eng, Weber & Tinetti, 2001).

A prestação de cuidados de saúde a doentes crónicos em contexto domiciliário tem vindo a estar evidenciada de acordo com o aumento exponencial das doenças crónicas associadas ao envelhecimento, exigindo uma intervenção sistemática dos serviços de saúde de modo a corresponder à multiplicidade de necessidades dos doentes com este perfil (Alkema, Reyes & Wilber, 2006). Os cuidados prestados a este nível, designados de *Ongoing Care* (Kane, 1994), exigem, em muitos casos, o uso de tecnologias específicas, outrora de impensável utilização fora do contexto hospitalar. Os objetivos deste serviço prendem-se essencialmente com a minimização de necessidades não cobertas, bem-estar psicológico e social, satisfação do utente, redução do número de internamentos hospitalares ou mesmo a institucionalização em lares de idosos.

Uma outra tipologia de SAD está associada aos cuidados terminais, designada de *Hospice Care*. Caracteriza-se por promover cuidados de conforto e bem-estar a doentes terminais, através do controlo da dor, e de proporcionar bem-estar psicológico quer ao doente quer à família (Kane, 1994). Se em contextos de saúde menos complexos a vontade do doente é a de permanecer em casa, em situações terminais esta vontade é mais intensa e compreensiva. Na generalidade das situações, estes cuidados destinam-se a doentes com uma esperança de vida inferior a 6 meses e onde o recurso a tecnologias é pouco evidenciado, sendo assegurados cuidados, em muitos casos, às 24 h/dia (More & McCollough, 2000). Neste contexto o cuidar apresenta uma componente também espiritual dado a proximidade do fim da vida e os receios a ela associados, quer por parte do doente

quer por parte da família, sendo que, nesta tipologia de serviços, as equipas prestadoras de cuidados integram elementos ligados à espiritualidade (Murer, Murer, & Brick, 2011; Emlet & Crabtree, 1996).

Uma última tipologia de SAD com vertente na saúde associa-se aos serviços de alívio ao cuidador, conhecidos na literatura internacional como *Respite Care* (Evans, 2013). Trata-se de uma tipologia de serviços que tem por objetivo a prestação de cuidados a doentes portadores de doenças crónicas e em que se verifica sobrecarga do cuidador, justificando-se a necessidade de descanso para a continuidade da prestação dos cuidados (Osterweil et al., 2000). A disponibilização destes serviços permite que o cuidador possa manter a tarefa de cuidar por períodos alargados, evitando a sobrecarga e, consequentemente, a institucionalização (Kane, 1994). Os resultados de algumas revisões da literatura realizados têm demonstrado benefícios na redução da sobrecarga e no aumento do bem-estar dos cuidadores, se bem que em algumas situações, especificamente nos problemas mentais e cognitivos, os resultados poderão não ser os mais positivos (Shaw et al., 2009; Mason et al, 2007). De um modo geral, pode afirmar-se que estes serviços não são os mais procurados, dada a relutância na sua procura, uma vez que muitos cuidadores ainda assumem a tarefa de cuidar como uma obrigação independentemente do seu próprio estado de saúde, encarando o serviço de alívio de cuidador apenas como recurso para situações extremas e não como um serviço preventivo (Wacker et al., 2002).

2.4.2 Serviço de Apoio Domiciliário com componente nos Serviços Sociais

O SAD associado a serviços sociais prende-se, quase que exclusivamente, com a satisfação de necessidades associadas às AVD e AVDI. Este tipo de serviço é conhecido na literatura internacional como *Social-Supportive Model* (Kane, 1999a).

Os serviços de suporte social assentam na prestação de cuidados sem a componente de saúde. Trata-se, neste caso, de serviços dirigidos a pessoas idosas/incapacitadas sem complicações de saúde e que, normalmente, apresentam graus de independência e autonomia elevados.

Estes serviços são geralmente prestados por pessoal sem grandes qualificações, dada a pouca exigência desses serviços.

Portugal é um exemplo típico desta tipologia de serviços de SAD. Aqui, o SAD tem um cariz marcadamente social, prestado por ajudantes familiares domiciliárias, com incidência no apoio das AVD's, especificamente no serviço de alimentação (72,9%) (Oliveira, 2007). O tempo médio despendido por estes profissionais na prestação dos cuidados pelo SAD é reduzido ($X=4,27$ min. para o serviço de alimentação e $X=4,17$ min. para a higiene íntima) (Oliveira, 2007).

2.4.3 Serviço de Apoio Domiciliário - Serviços Mistos

Idealmente, a tipologia de serviços mistos, que integra a componente saúde e a componente social, será a que corresponde à generalidade das necessidades da pessoa idosa/dependente. A interação entre estas duas componentes permitirá determinar quem precisa do cuidado, que tipo de cuidado, quem presta o cuidado, assim como o impacto dos cuidados nos objetivos a atingir (Cox & Ory, 2000), designado na literatura internacional por *Medica-Social-Supportive Model* (Brickner, 1997).

Vários estudos têm demonstrado as vantagens da integração de serviços. De entre essas vantagens destaca-se a resposta integral às necessidades dos idosos/dependentes, a redução do número de re-hospitalizações ou internamentos em lares (Eija & Marja-Leena, 2005; Bernabei et al., 1998).

No estudo de Henrard et al. (2006), desenvolvido num conjunto de países europeus, apresenta-se a existência de três modelos de prestação de cuidados. O primeiro, designado de *medico-social model*, traduz-se num modelo social abrangente facilitador da prestação dos cuidados quer a nível das AVD, quer dos cuidados básicos de enfermagem, sendo o caso da Noruega e Finlândia. O segundo modelo, *medical model*, tem uma componente essencialmente de saúde, com a prestação de cuidados básicos ou complexos de enfermagem, bem como de terapias diversas. Neste modelo não existe apoio social. Itália é exemplo típico deste modelo. O terceiro modelo, designado de *fragmented model*, caracteriza-se pela separação entre a prestação de cuidados de saúde e sociais. O apoio nas AVD faz parte dos cuidados de enfermagem. O apoio nas AVDI é prestado pelo apoio social, através de serviços de apoio domiciliários. A República Checa é um dos exemplos onde este modelo está implementado.

O conceito de integração de serviços representa um conjunto de métodos e modelos de financiamento, organização e níveis clínicos que criam ou que devem criar conectividade, alinhamento e colaboração, dentro e entre o cuidado e os diferentes serviços (Kodner & Spreeuwenberg, 2002, in Henrard, et al., 2006).

Nos países europeus e não só, nem sempre os serviços de saúde e sociais operam de forma articulada de modo a dar resposta às necessidades dos mais idosos ou incapacitados (Antunes & Moreira, 2011). As dificuldades na articulação dos serviços derivam, normalmente, da coordenação deficiente dos serviços, havendo em alguns casos vários profissionais envolvidos para a prestação de cuidados a um indivíduo, e, por outro lado, jurisdições e orçamentos distintos dos serviços sociais e de saúde (Genet et al., 2011; Leutz, 2005).

Para solucionar este tipo de desintegração dos serviços, muitos países optaram pelo modelo que assenta na figura do *case manager*, traduzido como gestor de caso (Genet et al., 2011). Esta figura representa a garantia de que o utente é tratado no local certo, no tempo necessário, através de reembolso e utilização de recursos adequados. O *case manager* avalia e coordena a situação do utente, direcionando-o para o serviço mais apropriado de acordo com o seu estado de saúde (Murer, Murer & Brick, 2011).

Pode afirmar-se que é emergente a integração entre os serviços sociais e de saúde. Frequentemente acontece entradas e saídas desnecessárias de utentes dos serviços de saúde, designado de *revolving-door syndrome*. Estudos têm mostrado que 20 a 30% da população com mais de 75 anos tem sido admitida em hospitais desnecessariamente e que, em muitos casos, mantêm-se internadas muito para além do tempo necessário devido à não integração de serviços (Tarricone & Tsouros, 2008).

Na opinião dos profissionais envolvidos na prestação dos cuidados, seja nos hospitais ou nos cuidados comunitários, a falta de coordenação entre os serviços de cuidados domiciliários e os hospitais de agudos e a falta de capacidade dos primeiros em suportar uma alta precoce de forma segura vai conduzir a uma conjunto alargado de problemas, entre os quais se destaca: aumento das listas de espera, admissões inapropriadas, bloqueio de camas hospitalares, multiplicação de diagnósticos, de testes e procedimentos, mal-entendidos, atrasos na reabilitação, entre outros problemas (Tarricone & Tsouros, 2008).

Nos últimos anos assistiu-se em Portugal a algumas tentativas de integração dos serviços, numa primeira experiência com a criação do Programa de Apoio Domiciliário Integrado (ADI), e mais recentemente com a criação da Rede de Cuidados Continuados. O Apoio Domiciliário Integrado, que resultou de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Segurança Social, regulamentado pelo Despacho conjunto nº 407/98, de 15 junho, consistia num conjunto de ações e cuidados pluridisciplinares, flexíveis, abrangentes, acessíveis e articulados, de apoio social e de saúde, a prestar no domicílio do utente. Assegurava, sobretudo, a prestação de cuidados (de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa e outros) e a prestação de apoio social indispensável à satisfação das necessidades básicas humanas (Despacho conjunto nº 407/98, de 15 junho).

Este Programa era assegurado pelos serviços de saúde locais prestadoras dos cuidados de saúde e pelas IPSS que prestavam SAD nas comunidades. Em concreto, e apesar da presença dos serviços de saúde nos SAD, representados pelos cuidados de enfermagem e médicos, ser uma realidade traduzida em parcerias efetivas e maiores acessibilidades conseguidas, tratou-se de experiências que nunca funcionaram de acordo com o conceito que lhes deu origem, que consistia afinal na integração de serviços. Os protocolos que funcionaram acabaram muitas vezes por depender mais da maior ou menor afinidade que se criou entre os atores locais do que do carácter sistemático, permanente de prestação de cuidados e supervisão exigidas, escudando-se na maior parte dos casos, na inexistência de recursos humanos na área da saúde (Gil, 2009). Este programa teve um período de funcionamento muito reduzido, tendo sido dado por extinto em 2012.

Relativamente à experiência da RNCCI, a recente implantação em grande parte do território nacional não permite fazer ainda uma análise aprofundada ao seu funcionamento, pelo que a análise feita será sempre redutora. Contudo, o conceito subjacente de integração de serviços e *continuum* de cuidados não estará e revelar-se verdadeiramente eficaz. Apesar dos critérios de admissão para as diversas tipologias estarem definidos de forma clara, é perceptível que nem sempre estão a ser cumpridos. Esta situação resulta, por um lado, da pressão para a preparação das altas hospitalares, sendo que o utente é integrado muitas vezes na tipologia de cuidados onde existe vaga, por outro lado, e concretamente nas Unidades, é comum encontrar-se utentes com alta clínica, mas sem alta social devido à inexistência de resposta social para o mesmo. Em muitos casos, a alta passaria pelo regresso a casa, mas, sem retaguarda familiar e sem cuidados domiciliários ajustados às

necessidades, tal não é possível. Nestes casos, e outros, os utentes mantêm-se internados nas Unidades a aguardar vagas em lares de idosos por períodos excessivamente prolongados, com consequências quer ao nível dos custos associados quer à não libertação de vagas para outros que possam efetivamente necessitar das mesmas.

Segundo Santana, Dias, Souza & Rocha (2007), o sistema de saúde português dispõe de um número significativo de normativos, no entanto, poucos foram efetivamente implementados. Em termos de oferta existem vários serviços e profissionais diferenciados para a prestação dos cuidados à população idosa, contudo, parecem estar dispersos e fragmentados, pelo que a acessibilidade e a eficiência parecem ficar comprometidas. Ainda segundo os mesmos autores, o sistema de prestação de cuidados apresenta um conjunto de problemas dos quais se destaca: múltiplos pontos de entrada, uso inapropriado de recursos caros e escassos, listas de espera extensas e uma deficiente transmissão de informação entre instituições e profissionais. Os serviços sociais e os de saúde estão entre os mais complexos e interdependentes; contudo, mantêm-se separados por razões associadas a regras e jurisdições diferentes, orçamentos distintos, culturas institucionais e profissionais também distintas, e, por último, diferentes abordagens na prestação do cuidado.

Para reforçar o que tem vindo a ser dito relativamente à caracterização e funcionamento do Serviço de Apoio Domiciliário, existe grande diversidade a diferentes níveis. Especificamente na Europa, os cuidados domiciliários são muito diferentes de país para país, revelando níveis de desenvolvimento diferenciados (Seutin, 1999). Coexistem países que dispõem de serviços bastante desenvolvidos em termos de qualidade e cobertura, designadamente países como a Suécia, Dinamarca, Finlândia, que disponibilizam serviços de enfermagem, colaboração de ajudantes familiares, refeições e serviços sociais, cobrindo as 24 horas do dia, e que são coordenados pelas autoridades locais, com financiamento público. Países, como a Alemanha, Áustria, Itália, caracterizam-se como estando parcialmente desenvolvidos ou num estado de expansão; as características referidas anteriormente não estão completamente salvaguardadas, isto é, não se verifica uma cobertura nacional, sendo que alguns dos serviços estão entregues ao sector privado. Países como Portugal e Grécia estão referenciados como tendo serviços de SAD subdesenvolvidos, atendendo a que também têm uma taxa de cobertura reduzida, e, por definição, os cuidados médicos e de enfermagem praticamente não estão incluídos nos serviços que tipicamente são prestados (Santana, Dias, Souza & Rocha, 2007). O cuidado

ainda é encarado como uma tarefa quase que da exclusiva responsabilidade das famílias e os cuidados domiciliários como que parecem estar dirigidos às populações mais carenciadas, situação que não se verifica nos outros países europeus (Genet et al., 2011).

2.5 Critérios de elegibilidade

A procura dos serviços de SAD tem normalmente origem em duas situações distintas. Por um lado, os pedidos podem resultar de situações agudas associadas a alteração repentina do estado de saúde do indivíduo, designadamente acidentes vasculares cerebrais, fraturas diversas, problemas cardio-respiratórios, entre outros (Binstock & Cluff, 2000). Por outro, podem derivar daquilo a que Revilla & Almendro (2003) designam de *pacientes crónicos domiciliários*, isto é, são indivíduos que vão sofrendo a perda progressiva das suas capacidades funcionais associadas ao envelhecimento. Enquanto no primeiro caso o objetivo do SAD será a recuperação da função, na medida do possível, no segundo, o objetivo passará apenas pela manutenção da qualidade de vida do indivíduo.

Segundo Boling et al. (2013), podem existir várias categorias de utilizadores do SAD. Neste contexto, os autores identificam as seguintes categorias: a primeira, designada de saudável, em que os utilizadores necessitam de apoio apenas ao nível da prevenção; a segunda, designada de ambulatório, quando os utilizadores ainda são independentes, não estão “doentes”, mas têm alguns problemas crónicos; a terceira, designada de jovens, em que os utilizadores estão limitados ao nível das AVD devido a algum problema, não estão “doentes”, mas necessitam de apoio contínuo nas AVD; a quarta é designada de idosos, em que os utilizadores apresentam défices crónicos quer a nível cognitivo quer a nível funcional, não estando propriamente “doentes”, sendo que aqui o custo é baixo e necessitam de apoio ao nível das AVD; a quinta categoria de utilizadores dirige-se ao cuidado após um episódio agudo ou doença sem complicações, com possibilidade de rapidamente retomar o estado anterior, podendo suspender os cuidados domiciliários a curto prazo; na última categoria, designada de alta comorbilidade e doenças crónicas, imobilidade, normalmente os cuidados estão associados a custos elevados.

Os utilizadores do serviço são normalmente muito idosos, do sexo feminino, que vivem sós e com variação relativamente ao nível de escolaridade, podendo ser baixo ou elevado (Lay, 2004; Stoddart, Whitley, Harvey & Sharp, 2002; Branch et al., 1988).

Habitualmente apresentam ainda características como défices funcionais (Carpenter et al., 2004; Otero, Garcia de Yebenes, Rodriguez-Laso, Zunzunegui, 2003; Stoddart, Whitley, Harvey & Sharp, 2002; Branch et al., 1998; Frederiks, Wierik, Rossum, Visser, Volovics & Sturman, 1992) e síndrome depressivo (Genet et al., 2011), estando muitas vezes também em alto risco social e com uma percepção negativa da saúde (Serrano & Tena-Dávila, 2004).

O estado funcional do indivíduo constitui um dos principais critérios de elegibilidade para poder beneficiar do serviço. É necessário avaliar se os indivíduos estão capazes de cuidar de si próprios, se deambulam, se estão confinados à casa, se têm retaguarda familiar, entre outros domínios de avaliação (Dieckmann, 2010).

É consensual que a elegibilidade para poder beneficiar do serviço deverá ser identificada ainda numa fase inicial. Contudo, nem sempre se verifica esta situação, e, na maioria dos casos, os indivíduos apenas são incluídos nos serviços quando já se encontram em condições de deterioração quer física quer cognitiva graves, tais como as situações de demência em fase avançada, declínio funcional grave, e isolamento social, entre outras (Tarricone & Tsouros, 2008).

As necessidades do indivíduo não devem constituir por si só apenas o critério de elegibilidade para usufruir do serviço. As necessidades da família e dos cuidadores informais devem também ser tidas em conta nesta mesma fase inicial (Tarricone & Tsouros, 2008; Revilla & Almendro, 2003).

Dada a existência de tipologias diferenciadas do SAD, naturalmente que os critérios de elegibilidade vão também ser diferenciados. Na realidade norte-americana para um indivíduo poder beneficiar de cuidados no domicílio tem de reunir determinadas condições. Essas condições passam normalmente por: (i) estar confinado à casa (conhecido na literatura internacional como *homebound*) (Murer, Murer, & Brick, 2011); (ii) apresentar um plano de cuidados aprovado por um médico; (iii) e, por último, necessitar pontual (part-time) ou permanentemente (intermitente) de serviços especializados, tais como cuidados de enfermagem ou de fisioterapia (Fortinsky & Madigan, 2000; Emler & Crabtree, 1996). Também no Canadá, os critérios de elegibilidade para usufruir do serviço passam pela

necessidade de cuidados de enfermagem, cuidados pessoais, ou outros cuidados de saúde, sem que a idade do indivíduo constitua qualquer tipo de restrição (Poss, Hirdes, Fries, McKillop & Chase, 2008).

Os termos *homebound* e *part-time* ou *intermittent* foram alvo de discussões legais, no âmbito do Programa Medicare (programa financiador dos serviços de saúde – EUA), tendo em conta que são considerados fulcrais na atribuição ou não, da prestação do serviço. *Homebound* reporta-se à necessidade do indivíduo efetuar um grande esforço para poder sair de casa, isto quer dizer que se encontra como que confinado à habitação. *Intermittent* significa que o indivíduo necessita de mais de 28 horas por semana de cuidados de enfermagem ou de ajuda de auxiliares de saúde. Consideram-se situações de *part-time* sempre que o indivíduo necessite de cuidados 8 horas por dia, durante 21 dias consecutivos (Fortinsky & Madigan, 2000).

Também na realidade espanhola o perfil dos beneficiários de SAD deve reunir um conjunto de características. De entre as exigidas destaca-se ter idade superior a 65 anos; tratar-se de doentes com autonomia pessoal reduzida ou limitada; tratar-se de famílias incapazes de prestar cuidados adequados aos seus idosos; ter necessidade de tratamentos médicos, por estar em período de convalescença, ou por ausência temporária do cuidador informal (Serrano & Tena-Dávila, 2004).

No estudo desenvolvido por Struyk, Alexandrova, Beliakov & Chagin (2006) sobre a realidade da Rússia rural, os critérios são semelhantes, e os critérios definidos passam por ter a idade exigida, superior a 60 anos no caso dos homens e 55 anos para as mulheres, por viver sozinho, ou não ter possibilidade de viver com um familiar, e, finalmente, estar certificado por um médico de que necessita de assistência regular.

Segundo o estudo de Genet et al., realizado em 2011, conclui-se que, nos 31 países analisados, os critérios de elegibilidade para o serviço variam. Não há critérios claros e definidos, o que muitas vezes determina que indivíduos que apresentam necessidades diferenciadas não sejam devidamente apoiados.

Neste seguimento, também os resultados do projeto ADHOC desenvolvido por Sorbye et al., (2009) no continente Europeu, revelam que os países nórdicos prestam cuidados domiciliários a indivíduos menos dependentes quer a nível físico quer cognitivo, enquanto nos países do centro e sul da Europa só os que estiverem muito dependentes do cuidado e sem cuidado informal é que são elegíveis para beneficiar do serviço.

Em Portugal, os critérios de elegibilidade não estão definidos de um modo tão claro como nos exemplos anteriormente apresentados. Apesar do documento regulador do SAD em Portugal, Despacho Normativo nº 62/99 de 12 de novembro, identificar quais os critérios a obedecer, que incluem o risco de isolamento, situações de emergência social, inexistência de retaguarda familiar, entre outros, na prática, cabe às direções técnicas das instituições prestadoras deste serviço analisar os pedidos existentes e avaliar a adequação do pedido à resposta oferecida pelo SAD. Esta situação vai resultar em situações não cobertas, sobretudo ao nível dos cuidados de saúde, dado que se trata de um serviço com um cariz marcadamente social. Por outro lado, importa salientar ainda que nem sempre estão disponibilizados por todas as instituições que promovem o SAD todos os serviços (Oliveira, 2007). Pode afirmar-se que em Portugal existe uma multiplicidade de destinatários e ausência de uma rigorosa determinação dos critérios de elegibilidade.

Dado que entre os países o serviço de apoio domiciliário apresenta significado e objetivos diferenciados, conseqüentemente, vão existir também diferenças significativas ao nível dos critérios de elegibilidade para os serviços, ao nível dos profissionais envolvidos, condições de financiamento, e mecanismos reguladores do setor, consoante as comunidades que estamos a analisar (Genet et al., 2011). Neste seguimento, iremos desenvolver a questão do financiamento e, posteriormente, os profissionais envolvidos.

2.6 Financiamento do serviço

Segundo alguns estudos, a prestação de cuidados domiciliários é efetivamente mais vantajosa na relação serviço-custo comparativamente com os cuidados prestados em contexto institucional (Tarricone & Tsouros, 2008; Chapell, Havens, Hollander, Miller & McWilliam, 2004; Hollander et al, 2002; Kane, 1999), e especialmente em contexto de internamento hospitalar (Day & Paskulin, 2013). Tal como refere Kane (1999) crê-se que os cuidados domiciliários funcionam como ações preventivas que reduzem significativamente a utilização de outras formas de cuidados objetivamente mais caras. Contudo, podemos afirmar que o custo dos cuidados institucionais, formais, vai depender do tipo de utente e do tipo/qualidade dos serviços prestados.

Porém, o aumento da procura de cuidados domiciliários em países mais desenvolvidos e com larga tradição neste sistema de prestação de cuidados faz com que

estejam a ser *forçados* a procurar novos modelos de prestação de cuidados que se revelem mais sustentáveis, dado o aumento exponencial deste serviço (Genet et al, 2011). A este propósito, importa reforçar a ideia de que a redução do financiamento nos cuidados domiciliários vai desencadear um aumento dos custos noutros serviços de saúde, normalmente mais caros, ou poderá, por outro lado, dar origem a um conjunto de necessidades não satisfeitas para os indivíduos objeto do serviço, com consequências naturalmente gravosas (D'Souza, James, Szafara & Fries, 2009).

A responsabilidade da gestão do SAD pode variar entre uma gestão centralizada a nível nacional, como é o caso da Inglaterra, Bélgica, França e Portugal, ou então sob uma gestão descentralizada, isto é, a nível municipal ou regional, casos como Dinamarca, Suécia, Finlândia (Tarricone & Tsouros, 2008). Os defensores da gestão descentralizada argumentam com uma maior eficiência e uma abordagem mais personalizada ao indivíduo. Os opositores à descentralização associam este serviço a desigualdades.

Financiar, salvaguardando a qualidade dos serviços e a equidade no acesso ao SAD são atualmente questões fundamentais na gestão do mesmo. Esta situação deriva, por um lado, do aumento dos níveis do bem-estar entre as comunidades, associado às expectativas relativas à qualidade dos cuidados. Assim, aumentar ou mesmo manter os níveis de qualidade torna-se uma tarefa não muito fácil, atendendo à diminuição quer dos recursos humanos quer financeiros (Tarricone & Tsouros, 2008).

Segundo Genet et al. (2011), há que ter cuidado nas formas de financiamento do SAD, que podem ser públicas, através co-pagamentos, ou sistemas privados, através de afixação de orçamentos de acordo com os serviços prestados.

Esta situação deriva essencialmente da necessidade de existir financiamento público. Uma das vantagens apresentadas pelo financiamento público é a da equidade, garantindo assim o acesso do serviço a todos, uma vez que, se assim não fosse, muitos dos indivíduos poderiam não ter capacidade para pagar os serviços de que efetivamente necessitam. Uma das desvantagens apresentadas poderá ser o uso excessivo do serviço, pelo que há que criar mecanismos de controlo, designadamente a implementação de participação do utente, para além da definição de critérios de elegibilidade rígidos.

De um modo geral, o financiamento público do sistema do SAD deriva ou dos seguros ou do pagamento de impostos. É nos países escandinavos onde se verifica o mais

elevado investimento público neste serviço, contrariamente aos países mediterrânicos, sobretudo Portugal e Espanha (Genet et al., 2011).

Cada uma das formas de financiamento apresenta vantagens e desvantagens. O financiamento através de seguros resulta da vontade do indivíduo, pelo que correm o risco de falta de mercado. Por outro lado, as companhias de seguros podem excluir indivíduos com alto risco de necessitar dos serviços. O financiamento derivado dos impostos permite uma base alargada de receita, contudo, vai competir com as outras despesas públicas em termos de orçamento, pelo que pode criar condições menos estáveis para os prestadores de cuidados. Assim se conclui da complexidade do financiamento dos sistemas dos cuidados domiciliários.

Relativamente ao financiamento dos prestadores de cuidados domiciliários, existem diversas formas que podem coexistir. Por um lado, o financiamento através de salários, mas que apresenta como desvantagem a possibilidade de conduzir à redução do número de utentes e de serviços prestados, sendo também um desincentivo nas comunidades onde os salários são baixos. Nestes casos, a solução poderá passar por equiparar a remuneração ao serviço prestado. Por outro lado, quando o financiamento deriva de valores fixados, os prestadores de cuidados são pagos pelos serviços prestados num determinado período. Contudo, neste caso, estes poderão manter os utentes para além do tempo necessário. Há assim a necessidade de monitorizar a prestação dos mesmos cuidados (Tarricone & Tsouros, 2008).

No sistema de financiamento dos cuidados domiciliários americanos (Medicare e Medicaid), os cuidados de saúde financiados são enfermagem especializada, auxiliar de saúde domiciliária, fisioterapia, terapia da fala, terapia ocupacional e serviço social clínico (Lee, 2010).

Em Portugal, no conceito de SAD que vigora, os serviços financiados são essencialmente ligados às AVD e AVDI. O financiamento do serviço é assegurado de forma mista. Por um lado, o utente suporta parte dos custos do serviço de acordo com os seus rendimentos, e outra parte é financiada pelo Ministério da Solidariedade, Emprego e da Segurança Social, através da celebração de Acordos de Cooperação com as IPSS, verbas que são derivadas do Orçamento Geral do Estado.

Numa base comum, os serviços financiados são o serviço de alimentação, de higiene pessoal, da limpeza habitacional e tratamento de roupas. Recentemente, no ano de

2012, e protocolado entre o Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social e a União das IPSS, União das Misericórdias e União das Mutualidades, que são as prestadoras de SAD em Portugal, foi introduzida a possibilidade de também serem financiados até mais dois serviços. Trata-se do serviço de teleassistência para os utentes que residem sós, e um outro serviço, mais abrangente, designado de animação/socialização que inclui no mínimo quatro atividades semanais, que podem variar entre animação, lazer, aquisição de bens e géneros alimentícios, pagamento de serviços, deslocações a entidades da comunidade, entre outros.

Atualmente, o modelo de pagamento da Segurança Social às IPSS varia em função dos serviços prestados aos utentes e dos dias da semana em que o mesmo serviço é disponibilizado, isto é, se os cinco dias úteis, se dias úteis mais fim-de-semana, ou se apenas fim-de-semana. O valor de referência atual é de 241,37 € mensais. Este valor pode ser acrescido até 50% desde que integre outros serviços para além dos básicos ou se for prestado para além dos dias úteis da semana.

Contudo, nem sempre se verificou esta situação. Até muito recentemente as instituições prestadoras de SAD recebiam comparticipação da Segurança Social, independentemente dos serviços prestados, o que naturalmente criava situações de injustiça entre as IPSS. As que forneciam mais serviços ficavam prejudicadas comparativamente com aquelas que apenas disponibilizavam, por exemplo, o serviço de alimentação e que até recentemente era uma grande percentagem (Oliveira, 2007).

Estas novas orientações de comparticipação financeira do serviço geram naturalmente mais equidade, dado que agora cada IPSS vai receber em função dos serviços prestados. No entanto, em nosso entender, alguns casos necessitam de ser revistos, uma vez que não cobrem algumas situações concretas. Por um lado, os serviços da Segurança Social atualmente não comparticipam a prestação de apenas um serviço. Considera-se que existem situações que no quadro da sociedade portuguesa atual poderiam e deveriam ser comparticipadas, isto é, se um utente necessitar apenas do serviço de higiene pessoal, porque até tem cuidador, mas este não tem capacidade ou competência para a prestação dos cuidados, neste caso a IPSS não será apoiada financeiramente para prestar o serviço. Um outro caso prende-se, por exemplo, com a prestação do serviço de alimentação. Se um idoso ainda for independente, mas não tiver a competência de cozinhar (quem cozinhava era a esposa e entretanto ficou viúvo), também não poderá beneficiar do serviço. É nosso

entendimento que os casos da prestação de apenas um serviço justificam uma outra abordagem. Outra situação que no nosso entender necessita de ser revista prende-se com o número de visitas diárias. No momento não está a ser feita qualquer diferenciação entre os serviços de SAD que fazem visita ao utente apenas uma vez por dia, ou aqueles, e serão alguns, que fazem visita três vezes ao dia. Em nosso entender a comparticipação financeira deve ter em atenção esta diferenciação.

O financiamento do serviço de SAD em Portugal resulta para além dos valores protocolados com o Ministério tutelar, dos valores pagos pelo utente. As normas em vigor orientam a comparticipação do utente em função dos seus rendimentos e dos serviços que usufruiu. Os rendimentos do utente são calculados através da declaração de IRS, deduzidas as despesas com a habitação e medicação crónica, sendo posteriormente calculado o *rendimento per capita*. No máximo, isto é, se o utente tiver todos os serviços os sete dias na semana, só poderá pagar até 75% do valor do seu *rendimento per capita*, não podendo naturalmente ultrapassar o custo real do serviço (Protocolo de Cooperação para o Biénio, 2015-2016).

Será pertinente fazer ainda referência à existência no nosso país de serviços domiciliários exclusivamente privados. Segundo Gil (2009), são desenvolvidos pelo setor lucrativo e normalmente integram serviços diversificados, comparativamente com os serviços prestados pela Rede Solidária. Integram serviços de cuidados de higiene e conforto pessoal, mobilizações, confeção de alimentos no domicílio, arrumos e limpeza do quarto, acompanhamento do utente ao exterior (bens e serviços), companhia, aconselhamento de ajudas técnicas. Disponibilizam ainda cuidados de reabilitação, consultas médicas e de especialidade e serviços de enfermagem, que normalmente não fazem parte das modalidades habituais, sendo pagos à parte. Os custos com estes serviços são naturalmente mais elevados que no setor social e variam também consoante os serviços prestados e a sua periodicidade, com a vantagem de prestar cuidados durante o período noturno. Contudo, a discrepância entre os valores praticados e os rendimentos da generalidade dos idosos Portugueses não permite que este serviço constitua uma alternativa para a prestação dos cuidados (Lopes et al., 2013).

Por fim importa ainda ressaltar que quer em Portugal quer internacionalmente, os custos associados ao cuidado informal não têm sido tomados em conta para o cálculo dos custos com o serviço (Poss, Hirdes, Fries, McKillop & Chase, 2008). A redução dos

rendimentos da família cuidadora, custos com a manutenção do domicílio e outros custos informais, e o trabalho efetivamente realizado pelo cuidador informal, normalmente não são contemplados para o cálculo do custo do serviço, pelo que a tendência é a de afirmar que este serviço apresenta custos inferiores quando comparado com os cuidados em contexto de internamento, o que pode não ser totalmente correto, pelo menos nos moldes em que os cálculos estão a ser realizados (Dieckmann, 2010).

2.7 Profissionais afetos ao Serviço Apoio Domiciliário

Os profissionais afetos aos cuidados domiciliários são diferenciados e variam consoante a tipologia dos serviços prestados. Incluem-se normalmente um misto quer de profissionais qualificados, e não só, designadamente, enfermeiros, terapeutas (da reabilitação, da fala e ocupacional), ajudantes familiares, assistentes sociais, médicos, nutricionistas, voluntários entre outros (Tarricone & Tsouros, 2008), e que são, na sua maioria do sexo feminino, na proporção de um para cada dez (Colombo, 2011).

Os enfermeiros e os ajudantes familiares são normalmente os profissionais mais envolvidos na prestação deste serviço. A relação estabelecida entre estes profissionais e os utentes traduz a imagem que os mesmos têm da instituição prestadora dos cuidados, dado que estes profissionais acabam por assumir a instituição (O'Connel, 2010).

São normalmente os enfermeiros quem avalia o indivíduo que necessita do SAD, quem elabora o plano de cuidados, quem presta os cuidados de enfermagem e determina que outros serviços são necessários.

A grande expressão dos ajudantes familiares no serviço resulta também da variedade de serviços que prestam. Por um lado, são os profissionais que prestam os cuidados mais essenciais e privados, centrado nas necessidades mais básicas (Buck, 2010). Estes serviços passam normalmente pelo apoio ou execução das AVD ou AVDI, designadamente na higiene pessoal, transferências, apoio nas refeições, aquisição de bens, entre outras tarefas. São também os profissionais que visitam mais frequentemente os beneficiários do serviço e quem passa mais tempo com os mesmos (Tarricone & Tsouros, 2008). São-lhes exigidas um conjunto de competências de modo a estar garantida a

qualidade dos serviços prestados, se bem que, normalmente, trabalhem sob a supervisão dos enfermeiros (Buck, 2010).

Os outros profissionais normalmente envolvidos neste serviço são os assistentes sociais e os terapeutas. Os assistentes sociais normalmente orientam os utentes e famílias para os serviços e recursos comunitários disponíveis, assim como para os direitos associados especificamente em termos de apoios financeiros. Os diferentes terapeutas (fisioterapeutas, da fala e ocupacionais) avaliam as necessidades a níveis diferenciados, delineando planos de intervenção adequados às necessidades diagnosticadas.

Após a referenciação para o serviço, a primeira visita é normalmente realizada nas 24 horas seguintes. Nesta visita o enfermeiro realiza a avaliação do utente e da família, avalia as condições habitacionais, o impacto da doença no doente, identifica a incapacidade funcional, determina quais as necessidades ao nível de equipamentos e a adesão aos tratamentos propostos e avalia ainda as preferências do indivíduo e da família assim como os objetivos que os mesmos traçaram (Dieckmann, 2010).

A este propósito é importante referir que os cuidados domiciliários constituem um grande repto para os profissionais envolvidos, e sem grande atratividade em alguns casos, devido às condições em que muitas vezes estes desenvolvem a sua atividade. É muito frequente os profissionais não disporem nem dos recursos técnicos nem humanos para a prestação dos mesmos cuidados, ficando condicionados pelas circunstâncias em que os indivíduos residem, que em muitos casos, não são naturalmente as melhores, derivadas das condições socioeconómicas dos mesmos (Pastor-Sánchez, 2003). Por outro lado, também não é possível garantir em casa do utente um ambiente seguro para o profissional poder prestar os cuidados, dado que o mesmo não pode ser regulado e supervisionado, tal como em outros contextos de prestação de cuidados (Craven, Byrne, Sims-Gould, & Martin-Matthews, 2012).

O indivíduo poderá beneficiar do serviço por períodos de tempo variáveis. Pode variar entre uma única visita, visitas durante semanas, meses e até anos, dependendo do objetivo do cuidado, que poderá passar por prevenir alguma descompensação e evitar a hospitalização, estabilização após um episódio agudo, reabilitação física, ou somente a prestação continuada de cuidados a doentes crónicos, entre outras.

Em Portugal, e já referido anteriormente, a legislação em vigor data de 1999, sem que tenha havido alterações, determinando indicadores de pessoal associados ao apoio na

execução das AVD e AVDI (Bonfim & Veiga, 1996), com incidência nas ajudantes familiares domiciliárias e técnico de serviço social, não prevendo ou sugerindo a integração de outros profissionais qualificados. Estas orientações traduzem naturalmente uma visão muito redutora dos serviços domiciliários promovidos pelas IPSS.

A função/categoria de ajudante familiar domiciliária ao serviço das IPSS não tem sido valorizada socialmente. Esta situação resulta de fatores diversos e dos quais se destacam os vencimentos pouco atrativos de acordo com as tabelas remuneratórias em vigor, horários de trabalho por turnos, incluindo fins-de-semana, condições de trabalho desadequadas dadas as condições em que muitas vezes são prestados os cuidados devido às condições habitacionais em que residem muitos dos beneficiários dos serviços, esforço físico e desgaste emocional significativo, entre outros fatores.

Importa ainda ressaltar que, em muitos casos, estes profissionais apresentam baixos níveis académicos assim como formação profissional muito reduzida face às exigências que a função determina (Struyk, Alexandrova, Beliakov & Chagin, 2006). É de todo conveniente promover o desenvolvimento de novas competências, fazendo formação contínua nas áreas em que desenvolvem atividade (O'Connell, 2010). Em Portugal, constata-se também muita diversidade e pouco rigor na definição de critérios de seleção para o exercício da função.

O futuro do SAD exige, contudo, uma qualificação acrescida destes profissionais (Stone, 2004), uma vez que a tendência é para que, no futuro, os idosos tolerem cada vez menos respostas massificadas às suas necessidades, e exigindo cada vez mais recursos especializados e humanizados, apelando às boas práticas dos profissionais (Paúl, 2005).

2.8 Cuidado informal

O cuidador informal é aquele que cuida de um familiar, amigo, vizinho ou outro, que necessite de ajuda porque está doente, fragilizado ou incapacitado, tratando-se de um cuidado não remunerado (Tarricone & Tsouros, 2008; Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004).

No âmbito do cuidado informal, o conceito de família é um conceito muito flexível, que vai muito para além dos laços de consanguinidade muito próximos. A este nível, o conceito inclui todos aqueles com quem o indivíduo se identifica, designadamente os

parentes mais próximos, aquele com quem o indivíduo coabita há bastante tempo, os amigos ou até mesmo os vizinhos (Dieckmann, 2010).

O cuidado informal varia de acordo com os diferentes países, e mesmo internamente também pode variar de acordo com as orientações políticas, situação demográfica, económica e até mesmo cultural (Genet et al., 2011).

Nos países do sul da Europa, onde o SAD apresenta uma menor abrangência em termos de serviços disponibilizados, o cuidado informal constitui a base do cuidado domiciliário (Genet et al., 2011; Porter, Ganong, Drew & Nanes, 2004). Sem a prestação do cuidado informal, muitas das necessidades dos mais idosos estariam a descoberto (Tarricone & Tsouros, 2008). Já nos países do norte da Europa a situação é bem diferente, resultante da ampla cobertura do apoio formal, assumindo neste caso, o cuidado informal um papel menos intenso em termos de prestação de cuidados, passando mais pela companhia e apoio social. Aliás, segundo Genet et al. (2011), os idosos dos países nórdicos preferem receber cuidados especializados através de profissionais, aceitando que as tarefas domésticas fiquem para os cuidadores informais.

Segundo dados recentes da OCDE (Colombo, 2011), um em cada dez adultos prestam cuidados aos mais idosos. Esta situação estará mais evidenciada em países como a Itália e Espanha, em que os cuidadores prestam, em média, mais de dez horas de cuidados por semana.

Existem modelos diferentes para explicar a relação entre o cuidado formal e o informal. Segundo Moudouni, Ohsfeldt, Milles, & Phillips (2012), no modelo compensatório de Cantor, o cuidado formal e o informal tendem a substituir-se segundo uma hierarquia ordenada de preferência, assumindo o cuidado informal a preferência, e o cuidado informal é aqui assumido como ultimo recurso. Na mesma linha, Greene (1983) também defende uma relação inversa entre o cuidado formal e o informal. Nesta perspetiva, se o cuidado formal aumenta, existe tendência para o cuidado informal diminuir e vice-versa. Contudo, outros estudos defendem que os beneficiários de cuidados necessitam simultaneamente dos dois tipos de cuidados, sobretudo quando os níveis de incapacidade aumentam.

De acordo com a Teoria das Tarefas Específicas, defendida por Litwak et al. (1995, in Moudouni, Ohsfeldt, Milles, & Phillips, 2012), o cuidado formal e o informal têm características estruturais diferentes pelo que não se podem substituir. Um conjunto de

tarefas pode e deve ser executada pela família, contudo, quando estas tarefas exigem elevados níveis de complexidade, deverão ser assumidas por profissionais qualificados. Existe ainda a teoria da substituição, que defende existir uma correlação negativa entre o cuidado formal e o cuidado informal. Segundo Weissert et al. (1988, citado por Li, 2005), a teoria da substituição defende que sempre que se verifica uma tendência para o aumento do cuidado formal, existe uma relação direta na redução do cuidado informal.

Kane (1999) também apoia esta perspetiva, defendendo que quanto maior o cuidado informal, menor a prestação de cuidado formal.

Contudo, existe uma ambivalência relativamente ao cuidado informal. Por um lado, a família é considerada como elemento fundamental para manter o idoso na sua própria casa. No entanto, se este cuidado é considerado como pré-requisito, ou mesmo como um fator determinante, no estabelecimento de elegibilidade para beneficiar do serviço, por outro lado, esse apoio como que é “descontado”, quando é determinada a necessidade de cuidado formal (Kane, 1999).

Importa ainda referir os efeitos que a presença de um indivíduo com incapacidade/doença crónica produz no seio familiar e que é importante salvaguardar. Segundo Revilla & Almendro (2003), a doença crónica é capaz de produzir efeitos negativos sobre a família, os quais atuam sobre a função e organização familiar, no entanto, a família, por sua vez, também pode influenciar a evolução da doença, quer positiva quer negativamente.

A família deve ainda ser encarada como um recurso, uma vez que constitui o principal apoio com que o indivíduo pode contar, destacando-se como cuidador principal, prestando apoio em níveis diferenciados, como sejam o apoio básico, instrumental, afetivo e emocional.

Segundo Colombo (2011), estudos realizados quer nos Estados Unidos quer na Europa revelam o elevado valor económico do cuidado informal, que se situa entre 20 e 36,8% (dependendo do método utilizado), e que se trata afinal de trabalho não remunerado. Contudo, segundo Genet et al. (2011), em alguns países europeus este cuidado poderá ser remunerado, como é o caso de países como a Holanda, Inglaterra e Áustria, em que os programas de cuidados domiciliários preveem verbas para o efeito.

Em jeito de síntese, pode afirmar-se que o SAD em Portugal apresenta uma oferta de serviços muito reduzida com incidência na satisfação das AVD, tendo em conta a

diversidade de necessidades entre as pessoas idosas/dependentes, pelo que se pode afirmar que apresenta um cariz marcadamente social. Os serviços disponibilizados associam-se à satisfação de necessidades com incidência no apoio das AVD, sobretudo na disponibilização do serviço de alimentação, seguida da higiene pessoal (Martín, Oliveira & Duarte, 2013).

Os cuidados na área da saúde desenvolvidos pelo SAD são praticamente inexistentes, sendo assegurados, quando necessário e possível, pelos serviços de saúde estatais, sem articulação com os prestadores de SAD (Santana, Dias, Sousa & Rocha, 2007). Neste contexto, a generalidade dos serviços são prestados por ajudantes familiares domiciliárias (Martín, Oliveira & Duarte, 2013).

O tempo médio despendido na prestação dos cuidados pelo SAD é reduzido em comparação com os dados precedentes nos países nórdicos, com uma afetação semanal de 2,4h/semana, não funcionando, na generalidade dos casos, os sete dias na semana (Martín, Oliveira & Duarte, 2010).

A incidência de dependentes ou grandes dependentes no SAD é de um em cada três. Esta situação resulta do facto deste serviço, dadas as suas características, não estar orientado para idosos e/ou dependentes que apresentam situações complexas (Carta Social, 2014).

Trata-se de um modelo de utilização do SAD onde está implícito o princípio da complementaridade com o cuidador principal, uma vez que este, quando existente, despende, em média, muito tempo diário na prestação dos cuidados (Martín, Oliveira & Duarte, 2013).

Apesar das características do SAD poderem não corresponder às necessidades dos mais idosos, isso não determina que este serviço não apresente níveis de satisfação elevados pelos seus utilizadores. Esta situação tem maior incidência entre os beneficiários do serviço que apresentam uma situação de maior dependência funcional, dado estabelecerem uma relação mais próxima com os profissionais (Oliveira, Martín & Duarte, 2013).

Capítulo II - Sistemas de Classificação de Utentes

1. Sistema de Classificação de Utentes no Serviço de Apoio Domiciliário

Os custos associados à prestação dos cuidados à população idosa e/ou dependente tem vindo a sofrer aumentos sucessivos pelas razões já apontadas anteriormente. Assim, e de modo a tornar eficiente o sistema de financiamento dos serviços, há que criar modelos que garantam que os serviços prestam efetivamente os cuidados necessários a esta população e, que o financiamento decorre de acordo com os serviços prestados. Neste contexto, surgem os sistemas de classificação de utentes que visam a concretização deste objetivo.

Neste ponto, será realizada a caracterização de um sistema de classificação de utentes, especificamente para os cuidados domiciliários, o Resource Utilization Groups for Home Care, RUG-III/HC, traduzido como Grupos de Utilização de Recursos para os cuidados domiciliários.

1.1 Sistemas de classificação de utentes

A ideia de classificação de utentes não é nova e pode até mesmo afirmar-se que remonta à época do desenvolvimento da enfermagem contemporânea com Florence Nightingale (Peters, 2010). Podemos afirmar que as origens do sistema de classificação de utentes centram-se essencialmente no modelo Yale Cost e na formação dos *Diagnosis Related Groups* (DRGs) (Fetter, Shin, Freeman, Averill & Thompson, 1980), traduzido como Grupos de Diagnósticos Homogêneos, mais direcionado para os cuidados hospitalares.

Segundo esta classificação, embora cada doente seja único, existe um conjunto de características que são comuns a diversos doentes e que vão determinar a utilização de recursos. Segundo os autores, os doentes, agrupados através de um conjunto de diagnósticos e terapêuticas comuns a outros doentes, determinam o tipo e o nível de serviços recebidos (Fetter et al., 1980). Ainda na mesma linha de pensamento, a medição dos recursos usados era também feita através do tempo de permanência no serviço, considerada aqui como variável dependente. Assim, e embora a aplicação do sistema de classificação tenha tido por base a questão do pagamento dos serviços, o objetivo principal

foi uma melhor compreensão dos custos dos cuidados (Björkgren, Fries, Häkkinen & Brommels, 2004).

Posteriormente surgem os *Health Care Resource Groups* (HRGs), baseados no sistema anterior. Contudo, estes orientam-se mais quer para situações agudas de doença quer para situações clínicas simples, e não para indivíduos que apresentam patologias associadas ao envelhecimento, tais como a dependência funcional ou cognitiva, multipatologias, entre outras (Carpenter, Alistair & Turner, 1995). Trata-se de sistemas de classificação que dependem exclusivamente dos diagnósticos clínicos, associados, em regra, a cuidados hospitalares, em muitos casos aos cuidados de agudos, e não a cuidados de longa duração, associados a doenças crónicas e incapacitantes.

No sistema de classificação de utentes, a classe a ser dividida são os doentes, e as subclasses são os grupos de doentes com necessidade de um tipo de cuidado específico (Peters, 2010). Neste sistema, não é necessariamente a patologia ou o nível de dependência do indivíduo ou grupo que é valorizado, mas sim o consumo de recursos que o mesmo exige. Assim, e exemplificando, este sistema não vai agrupar os utentes em função de quantos sofreram AVC ou outro tipo de patologia, mas se tal diagnóstico implica o uso de produtos de incontinência, se necessitam de apoio na alimentação, cuidados de reabilitação, entre outros domínios. Tal como refere Vázquez & Ambroj (2004), este sistema valoriza aquilo que efetivamente é realizado, e nem sempre o que se poderia ou deveria fazer com o utente ou grupo de utentes.

Na perspetiva de Peters (2010) existem três elementos básicos que constituem um bom sistema de classificação de utentes e que se traduzem: (i) num procedimento para agrupar doentes que incluam a frequência de classificação e meios de comunicação desses dados; (ii) na quantificação de recursos de cuidados de enfermagem associados com cada categoria de cuidados; (iii) e num método para calcular o *staff* necessário para as horas de enfermagem.

Contudo, deve ser enfatizado que este sistema justifica os custos, mas não os cuidados. Ainda na perspetiva de Peters (2010), é evidente que os níveis de *staff* baseados em sistemas de classificação de utentes terão um efeito positivo na qualidade dos cuidados prestados. Contudo, na prática, poderão surgir três problemas. Por um lado, o fato de existir o sistema de classificação de utentes não garante exatamente um *staff* adequado. Por outro lado, também não é garantido que a enfermagem realize todos os procedimentos tal

como está descrito no sistema. Finalmente, os níveis de *staff* garantidos através deste sistema apenas representam o aspeto quantitativo do complexo sistema que é a prestação de cuidados.

O sistema de classificação de utentes, por definição, vai ser, assim, mais uma ferramenta administrativa para a gestão do serviço, do que um auxílio para a gestão clínica. Em suma, podemos afirmar que se trata de uma ferramenta de gestão valiosa para o *staff*, para a orçamentação, para a monitorização da produtividade, para os custos, bem como para a planificação dos programas (Peters, 2010).

Atualmente, compreender as necessidades daqueles que recebem cuidados de saúde, seja em contexto de internamento seja em contexto domiciliário, associadas muitas vezes à satisfação de necessidades básicas, (neste caso mais direcionados para o contexto domiciliário), é de extrema importância para a tomada de decisões fundamentadas, sobretudo quando nos deparamos hoje em dia com a alocação de recursos, normalmente limitados, envolvendo dotações financeiras e escolhas com os níveis de pessoal a afetar (Poss, Hirdes, Fries, McKillop & Chase, 2008).

Se no passado o sistema de classificação de utentes estava direcionado para a gestão da qualidade mais do que para a alocação de recursos, atualmente a situação é diferente com a evolução do sistema de pagamento prospetivo, isto é, passa para os prestadores de cuidados o ónus da redução dos desperdícios, incentivando à eficiência. As instituições prestadoras de cuidados têm hoje o desafio de prestar cada vez mais cuidados a um grupo maior de indivíduos, por sua vez mais doentes e com utilização de tecnologias cada vez mais avançadas. Por outro lado, com a imposição de limitações ao nível dos reembolsos, esta situação vai determinar que a afetação de recursos de forma eficaz se torne num verdadeiro desafio (Peters, 2010).

1.2 Sistema de Classificação de Utes em contexto domiciliário – Resource Utilization Groups RUG- III/HC

Especificamente para os cuidados prestados em contexto domiciliário, a maioria dos sistemas de classificação de utentes teve a sua origem nos Estados Unidos. As classificações mais utilizadas são aquelas que cobrem uma ampla gama de serviços

domiciliários prestados por pessoal qualificado e não qualificado, e que são classificações que não são puramente focadas em serviços de saúde no domicílio. Tal resulta do facto de a prestação de cuidados, neste contexto, envolver em geral, muitas outras tarefas que não são só de natureza clínica, designadamente, apoio em todas as tarefas associadas às AVD e AVDI (Boling et al., 2013).

Segundo Calver, Holman & Lewin (2004), existem quatro tipos de classificações de utentes em contexto domiciliário, desenvolvidas maioritariamente nos Estados Unidos, e que integram prestação de cuidados prestados por pessoal especializado e não especializado. Esta diferenciação resulta do facto deste sistema de classificação de utentes não estar centrado exclusivamente na prestação de cuidados de saúde. Segundo os autores (Calver, Holman & Lewin, 2004), os quatro sistemas são: (i) Resource Utilization Groups for Home Health Care (RUG-HHC), desenvolvido por Foley et al. (1986); (ii) Home Care Classification (HCC), desenvolvido por Coughlin et al., (1992); (iii) Veterans' Affairs Home Care Groups (HCGs), sistema desenvolvido por Smith et al., (1992); (iv) e, finalmente, o RUG-III Based Classification for Home Care (RUG-III/HC), este último desenvolvido por Björkgren, Fries e Shugarman (2000).

Os modelos têm pouca similaridade na sua estrutura, com exceção da utilização do grau de dependência funcional como um classificador comum.

Um dos mais conhecidos e que interessa para o presente estudo é o sistema Resource Utilization Groups (RUG), traduzido por Grupos de Utilização de Recursos. Este sistema foi desenvolvido pelo consórcio internacional *InterRAI*, organização não lucrativa, constituída por académicos, médicos e outros profissionais de várias nacionalidades, que desenvolveram um vasto conjunto de instrumentos de avaliação e classificação de utentes dirigidos, na sua generalidade, à população idosa e adultos com necessidades complexas, de natureza física ou mental, em vários contextos clínicos (www.interrai.org/instruments).

Inicialmente, o sistema de classificação de utentes RUG surgiu nos Estados Unidos na década de 80 (Björkgren, Häkkinen, Finne-Soveri & Fries, 1999), resultado da preocupação com a qualidade dos serviços, assim como com o aumento dos custos associados aos cuidados de longa duração. Neste contexto, o conceito de cuidados de longa duração inclui cuidados diversificados, designadamente cuidados pós-agudos, cuidados de reabilitação, e prestação de cuidados a doentes integrados em lares de idosos e mesmo aos cuidados domiciliários (Colombo et al., 2011).

Trata-se de um sistema de classificação que apresentou alguma evolução desde o seu aparecimento na década de 80. A versão RUG I, criada por Fries e Cooney em 1985, foi constituída a partir da análise de *cluster* hierárquica. A avaliação da amostra incluía variáveis diversas, designadamente demográficas, físicas, mentais, comportamentais, atividades de vida diária, entre outras. Esta versão era constituída por nove grupos, sendo as variáveis relacionadas com as AVD as que apresentavam um incremento significativo na variância da utilização dos recursos, cerca de 37,8% (Stineman, 1995). Contudo, e porque esta divisão não apresentou grande recetividade para a prática clínica, foi criada uma nova hierarquia teórica, designada de RUG II, tendo por base a hierarquia clínica teórica e o desempenho do sujeito na realização das AVD. Neste caso, a divisão dos grupos segundo a hierarquia clínica conseguiu explicar a maior taxa de variância na utilização dos recursos e a introdução da divisão orientada para o desempenho nas AVD e apresentou um aumento significativo na variância explicada. A terceira versão do RUG, conhecida por RUG III, teve por base a necessidade de expandir a utilização desse sistema a outras tipologias de instituições que apresentavam diferentes modelos organizacionais, assim como de prestação de cuidados, especificamente de reabilitação (Fernandes & Martin, 2013). Classificou os utentes em 44 grupos, explicando 55% da variação dos custos, especificamente nos cuidados de enfermagem e terapias diversas (Carpenter, Ikegami, Ljunggren, Carrilo & Fries, 1997; Poss, Hirdes, Fries, McKillop & Chase, 2008).

Em 2009, foi criada a nova versão RUG IV que integra 53 grupos.

De um modo geral podemos afirmar que no sistema de classificação RUG a classificação dos doentes vai sustentar-se na sua capacidade funcional, diagnóstico, cuidados recebidos e recursos utilizados (White, Pizer & White, 2002)

Em contexto domiciliário, Shugarman, Fries & James (2000) compararam a população beneficiária de cuidados domiciliários à dos lares de idosos. Concluíram que a tipologia de utentes é muito semelhante nestes dois contextos, quer ao nível das dependências físicas e patologias associadas, sejam de natureza física, quer cognitiva. Assim, concluíram que o sistema de classificação de utentes versão RUG III poderia ser perfeitamente utilizado em contexto domiciliário, sendo que apenas ao nível das AVD é que se verificavam as maiores diferenças.

Em 2000, e especificamente para os cuidados domiciliários, Björkgreen, Fries & Shugarman (2000) desenvolveram um modelo de sistema de classificação de utentes para

este contexto específico de cuidados, o Resource Utilization Groups for Home Care (RUG-III/HC), compatível com a versão RUG III, já utilizado em lares de idosos.

Trata-se de um sistema de classificação que não é exclusivo dos Estados Unidos. Outros países, a nível mundial, têm utilizado este sistema, designadamente Espanha, Inglaterra, Japão, entre outros (Carpenter, Ikegami, Ljunggren, Carrilo, & Fries, 1997) e que será desenvolvido posteriormente.

No sistema RUG-III/HC, a informação que sustenta a constituição dos diferentes grupos resulta da aplicação do instrumento Resident Assessment Instrument for Home Care, (RAI-HC), baseado no Minimum Data Set – Home Care (MDS-HC), também desenvolvido pelo consórcio internacional *InterRAI* (www.interrai.org/instruments).

Importa salientar que os instrumentos de avaliação e classificação desenvolvidos por este consórcio constituem, na perspetiva de Gray et al. (2009), um enorme contributo para a criação de um sistema integrado de informação na área da saúde, e não só, com o potencial de permitir a informação centrada no indivíduo independentemente do contexto da prestação dos cuidados. Possibilita a oportunidade de melhorar a continuidade dos cuidados, a eficiência e qualidade dos mesmos. Quando usado no seu potencial máximo, pode melhorar substancialmente a prestação de cuidados de saúde, constituindo-se como um sistema capaz de responder eficazmente às necessidades das populações vulneráveis (Hawes, Fries, James & Guihan, 2007).

Este instrumento avalia o indivíduo em áreas diferenciadas nomeadamente a cognição, a comunicação e visão, o humor e comportamento, o bem-estar social, o estado funcional, a continência, o diagnóstico de doenças, o estado de saúde, o estado nutricional e oral, a condição da pele, a medicação em curso, os tratamentos e procedimentos, o suporte social e a avaliação ambiental, bem como utilização de serviços (Poss, Hirdes, Fries, McKillop & Chase, 2008), e será descrito de forma pormenorizada no capítulo relativo à metodologia utilizada neste estudo. A recolha de dados tão abrangente vai permitir uma avaliação multidimensional completa, conduzindo ao desenvolvimento de um plano de cuidados coordenado e integrado (Brown et al., 2009).

O instrumento de recolha de dados para a constituição dos RUGs em contexto domiciliário, MDS-HC, é também altamente compatível com o instrumento MDS 2.0 utilizado para avaliação dos residentes em lares de idosos (Morris et al., 1997).

A aplicação deste instrumento específico para cuidados domiciliários, MDS-HC, apresenta um conjunto de vantagens, como: (i) facilita uma avaliação consistente e compreensiva do idoso; (ii) utiliza ferramentas que permitem ao avaliador considerar a pessoa como um todo; (iii) é baseado em informação precisa e fiável; (iv) os resultados da avaliação permitem identificar problemas e potenciais para a melhoria; (v) e finalmente, conclui-se que o envolvimento interdisciplinar do *staff* na avaliação e plano de cuidados é melhorado (Rouse, Harrison, Sajtos & Parsons, 2011).

De um modo geral, e tal como refere Hawes, Fries, James & Guihan (2007), a utilização deste instrumento assegura que os indivíduos avaliados recebam os cuidados necessários, através do custo necessário e no local adequado. Aliás, segundo o estudo realizado por Brown et al. (2009), a avaliação resultante da aplicação deste instrumento resulta numa maior recomendação de serviços de saúde (sobretudo ao nível do diagnóstico) e comunitários (ao nível da satisfação das AVD) do que quando os indivíduos são avaliados através de outros instrumentos, especificamente o NASC (Needs Assessment and Service Co-ordination).

Mais recentemente, o estudo de Parsons et al. (2013), defende que este instrumento apresenta uma maior capacidade para identificar necessidades não satisfeitas, bem como a recomendação para serviços de reabilitação e prevenção da saúde.

As avaliações resultantes da aplicação deste instrumento fornecem dados sobre a capacidade para a realização das atividades da vida diária, AVD, e instrumentais de vida diária, AVDI. Nas AVD são avaliadas a capacidade e o desempenho do indivíduo para tomar banho, realizar a sua higiene pessoal, a sua mobilidade, entre outras. Nas atividades instrumentais de vida diária, AVDI, são avaliadas a capacidade e desempenho na preparação de refeições, execução de tarefas domésticas, entre outras. Os clientes são classificados numa escala que varia normalmente de independente para a assistência integral (Rouse, Harrison, Sajtos & Parsons, 2011).

Segundo Bjökgren, Fries, Häkkinen & Brommels (2004), as variáveis ligadas à capacidade funcional, AVD, constituem a base de explicação na variação dos resultados. Assim, estas variáveis foram incorporadas neste sistema de classificação de modo a formar um índice de AVD, que vai dividir as principais categorias clínicas. Contudo, e especificamente para os cuidados domiciliários, este sistema integrou também as AVDI de modo a constituir diferentes grupos, dado que, em contexto domiciliário, a capacidade para

o desempenho destas atividades é fundamental na avaliação da possibilidade do indivíduo poder ou não manter-se no seu domicílio.

Do MDS-HC vai ser retirada informação para a classificação dos utentes nos respetivos RUGs, através de níveis de utilização de recursos, sendo possível à posteriori aferir o custo do utente por discriminação positiva, de acordo com o seu nível de dependência.

A versão Homecare RUG-III utiliza um conjunto de variáveis do instrumento InterRAI Home Care que vão dar origem a 23 grupos de classificação de utentes, tendo resultado de um estudo entre 804 clientes em Michigan. Este estudo explicou 33,7% da variância na estimativa de utilização de recursos (Björkgreen, Fries & Shugarman, 2000).

Trata-se de um sistema hierárquico que usa os mesmos sete níveis ou categorias clínicas que o RUG-III. Estes níveis são divididos e hierarquizados segundo uma diminuição da intensidade do custo. Em suma, podemos afirmar que os RUGs categorizam os utentes nos diferentes grupos segundo as categorias clínicas e os recursos utilizados.

No topo da hierarquia surge a categoria clínica/grupo que se denomina **Reabilitação especial (Special rehabilitation)**, sendo constituída por quatro grupos, onde se incluem todos os utentes que usufruem de diferentes níveis de terapias, designadamente a física, ocupacional e da fala, num total de 120 minutos, no mínimo, por semana.

No segundo nível, a categoria clínica/grupo designada de **Serviços extensivos (Extensive services)** inclui os utentes que necessitam de cuidados bastante dispendiosos, especificamente cuidados respiratórios e de ventilação, medicação intravenosa, cuidados com traqueostomias, cuidados com alimentação parenteral, entre outros.

No terceiro nível, o da categoria clínica/grupo de **Cuidados especiais (Special care)**, estão incluídos os utentes que apresentam queimaduras, que se encontram em estado de coma, que são portadores de esclerose múltipla, úlceras de pressão de grau III e IV, septicemia, entre outros diagnósticos.

No quarto nível, o da categoria clínica/grupo designada de **Complexidade clínica (Clinically complex)**, estão incluídos os utentes que apresentam afasia, paralisia cerebral, desidratação, hemiplegia, pneumonia, doenças terminais, infeção do trato urinário, entre outros problemas.

No nível quinto, em que a categoria clínica/grupo é designada de **Défice cognitivo (Impaired cognition)**, incluem-se os utentes com défice nas tomadas de decisão, problemas de orientação e problemas de memória a curto prazo.

No sexto nível, a categoria clínica/grupo de **Problemas comportamentais (Behavior problems)**, estão incluídos os utentes que sofreram abuso físico, abuso verbal, deambulação, entre outros diagnósticos.

Finalmente no último nível, designado de categoria clínica/grupo de **Funções físicas reduzidas (Reduced physical functions)**, ficam integrados todos os restantes utentes não incluídos nos níveis anteriores (Björkgren, Fries, Häkkinen & Brommels, 2004).

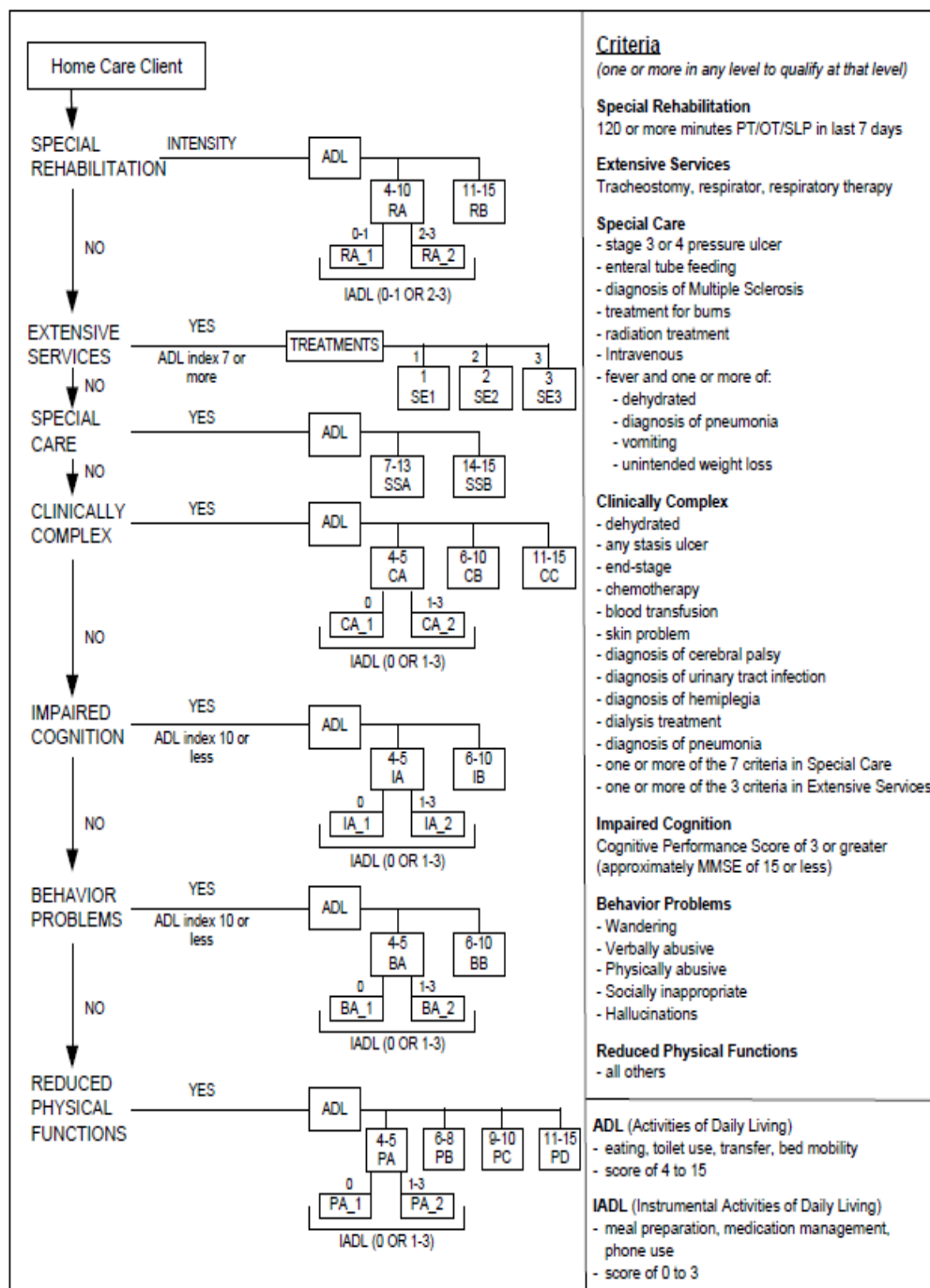
Posteriormente, estes utentes são subdivididos através da validação de quatro AVD e três AVDI. As AVD que sustentam a formação dos subgrupos são: (i) a capacidade de deslocar-se ou mobilidade; (ii) a capacidade de cuidar-se (asseio); (iii) a capacidade para alimentar-se; (IV) e as transferências.

Relativamente às três AVDI, estas são: (i) a capacidade para a preparação de refeições; (ii) a capacidade para a administração da medicação; (iii) e, finalmente, a capacidade para o uso do telefone (Poss, Hirdes, Fries, McKillop & Chase, 2008). A combinação destas variáveis vai permitir validar a carga de cuidados necessária segundo o seu consumo de recursos em cada subgrupo (Björkgren, Fries, Häkkinen & Brommels, 2004; Vázquez & Ambroj, 2004).

A classificação final apresentada por ordem hierárquica vai significar que os utentes devem ser sempre integrados na primeira categoria cujos critérios preenchem. Assim, se por exemplo o utente cumprir os critérios e puder ser colocado na categoria Reabilitação mas também na de Serviços extensivos, deverá ser colocado na primeira categoria, por esta ser superior na hierarquia (CMS, 2002).

Este modelo, comparativamente com o RUG-III utilizado para lares de idosos, difere em alguns aspetos, já que reduz no número de subgrupos. Por outro lado, apresenta uma inovação, que consiste na constituição dos subgrupos de classificação usando as atividades instrumentais de vida diária, em associação com as de vida diária, resultando num modelo final de 23 grupos de classificação (Poss, Hirdes, Fries, McKillop & Chase, 2008), ilustrado na Figura 3.

Figura 3 – Diagrama e critérios do Resource Utilization Groups



Fonte: www.interrai.org/assets/files/Case-MixClassification/ruiihc_23_diagram.pdf

Para a constituição dos RUG-III/HC são utilizadas um conjunto de variáveis retiradas do instrumento MDS-HC e que se passa a discriminar, assim como o respetivo código:

Habilidades cognitivas para a tomada de decisão diária	C1
Memória curto prazo	C2a
Memória processual	C2b
Memória situacional	C2c
Facilmente distraído	C3a
Episódios de discurso incoerente	C3b
Função mental varia ao longo do dia	C3c
Mudança aguda no estado mental	C4
Mudança na capacidade de tomada de decisões nos últimos 90 dias	C5
Capacidade de se fazer entender	D1
Faz declarações negativas	E1a
Irritação persistente	E1b
Medos aparentemente irrealistas	E1c
Queixas de saúde repetitivas	E1d
Queixas repetitivas não relacionadas com a saúde	E1e
Expressões faciais de tristeza, preocupação	E1f
Chorar	E1g
Deambulação	E3a
Agressão verbal	E3b
Agressão física	E3c
Comportamentos sociais inadequados	E3d
Comportamento sexual inadequado em público	E3e
Resistência aos cuidados	E3f
Desempenho na preparação das refeições	G1aa
Desempenho na gestão da medicação	G1da
Desempenho no uso do telefone	G1ea
Desempenho na transferência para a sanita	G2g
Desempenho no uso da casa de banho	G2h

Desempenho na mobilidade na cama	G2i
Desempenho na alimentação	G2j
Hemiplegia	I1e
Esclerose múltipla	I1f
Tetraplegia	I1i
Pneumonia	I1r
Diabetes <i>Mellitus</i>	I1u
Código CID	I2aba
Delírios	J2h
Alucinações	J2i
Afasia	J2j
Vómitos	J2n
Febre	J2q
Hemorragia interna	J2r
Doença terminal	J6c
Perda de peso	K2a
Desidratação	K2c
Modo de ingestão dos alimentos	K3
Estádio mais elevado de úlcera de pressão	L1
Principais problemas de pele	L4
Rasgos na pele ou cortes	L5
Problemas nos pés	L7
Quimioterapia	N2a
Diálise	N2b
Medicação intravenosa	N2d
Oxigenoterapia	N2e
Radioterapia	N2f
Aspiração de secreções	N2g
Cuidados na traqueostomia	N2h
Transfusões	N2i
Ventilador	N2j
Tratamentos de feridas	N2k

Programas de mudança de decúbito	N2n
Terapia da fala e audição - total de dias nos últimos 7 dias	N3ga
Terapia da fala e audição - total de minutos nos últimos 7 dias	N3gb
Terapia ocupacional- total de dias nos últimos 7 dias	N3fa
Terapia ocupacional - total de minutos nos últimos 7 dias	N2fb
Fisioterapia - total de dias nos últimos 7 dias	N3ea
Fisioterapia - total de minutos nos últimos 7 dias	N3eb

Para a constituição do RUG-III/HC são seguidas um conjunto de etapas que passam a ser descritas.

A classificação de utentes pelo sistema RUG-III/HC inicia-se com o cálculo do score relativo ao desempenho do sujeito nas AVDI, dado que o mesmo é necessário para a criação dos grupos Complexidade clínica, Défice cognitivo, Problemas de comportamento e Funções físicas reduzidas. As AVDI utilizadas são o desempenho na preparação das refeições (G1aa), o desempenho na gestão da medicação (G1da) e, por último, o desempenho no uso do telefone (G1ea). Assim, e se a codificação relativa ao desempenho na confeção das refeições variar entre 0 e 4, o score atribuído a esta AVDI será de 0. Caso varie entre 5 e 8, o score a atribuir será de 1. Para o cálculo do desempenho na gestão da medicação e uso do telefone utiliza-se exatamente a mesma metodologia. O score final é constituído pelo somatório dos resultados obtidos do desempenho do utente nestas três AVDI, podendo variar entre 0 e 3.

Posteriormente é calculado o score relativo ao desempenho do utente nas AVD. As AVD utilizadas para o cálculo do RUG-III/HC resultam do somatório do desempenho do utente na transferência para a sanita (G2g), no uso da casa de banho (G2h), na mobilidade na cama (G2i) e, por último, na alimentação (K3 e G1aa). Assim, e relativamente à transferência para a sanita, se a codificação da resposta variar entre 0 e 2, o score a atribuir é de 1; se a codificação for de 3, o score atribuído também é 3; se a codificação for 4, o score também é 4; e, por último, se a codificação for 6 ou 8, o score a atribuir é 5. Relativamente ao uso da casa de banho e mobilidade na cama, o cálculo dos scores realiza-se exatamente da mesma forma. Em relação ao score do desempenho na alimentação, também é utilizada a variável relativa ao modo de ingestão dos alimentos (K3). O score

para a alimentação será de 3, caso o sujeito ingira mais de 51% de calorias por via parentérica. O score será ainda de 3 caso a resposta relativa ao desempenho na alimentação esteja codificada com 4, 5, 6 ou 8. O score será 2, caso a resposta seja codificada com 3, e, por último, o score será de 1, caso a resposta esteja codificada entre 0 e 2. O somatório das AVD e AVDI vai variar entre 0 e 18, sendo o valor máximo associado a uma maior dependência.

Na fase seguinte são criadas novas variáveis, constituídas por um conjunto de indicadores que vão ser essenciais para a constituição dos grupos do RUG-III/HC.

A primeira variável criada designa-se de reabilitação (**reh**) e apresenta um score de 0 ou 1. Apresenta valor igual a 1 quando o sujeito beneficia de mais de 120 minutos de reabilitação por semana, seja física, da fala ou ocupacional.

A segunda variável criada designa-se de cuidados extensivos (**ext**). Regista o valor 1 nas situações em que a alimentação parentérica (K3) tenha um score 7 ou 8, ou quando as variáveis medicação intravenosa (N2d), aspiração de secreções (N2g), cuidados com a traqueostomia (N2h), ou utilização de ventilador ou respirador (N2j) apresentem codificação de 2 ou de 3, associado ao somatório das AVD igual ou superior a 7.

Segue-se a criação da variável cuidados especiais (**spec**), que apresenta valor 1 sempre que se verifique uma das seguintes condições: i) úlceras de pressão nos graus III e IV (L1), com a codificação 3 ou 4, e programa de mudança de decúbito (N2n), com a codificação 2 ou 3; ii) alimentação parentérica (K3), com a codificação 6 ou 5, e afasia (J2j), com a codificação 3 ou 4; iii) problemas de pele (L4), com codificação 1, rasgos na pele ou cortes (L5), também com a codificação 1, e tratamento de feridas (N2k), com a codificação 2 ou 3; iv) diagnóstico de paralisia cerebral associada a um score nas AVD igual ou superior a 10; v) febre (J2q), com uma codificação de 2, 3 ou 4, associada a vômitos (J2n), com codificação de 2, 3 ou 4; ou associada a perda de peso (K2a), ou associada a alimentação parentérica (K3), ou associada a pneumonia (I1q), com codificação entre 1 e 3, ou desidratação (K2c), com codificação igual a 1; vi) esclerose múltipla (I1f), associada a um score no somatório das AVD igual ou superior a 10; vii) tetraplegia (I1i), associada a um score do somatório das AVD igual ou superior a 10; viii) e por último radioterapia (N2f).

De seguida, é criada a variável coma (**coma**). A variável apresenta valor 1 sempre que as habilidades para a tomada de decisões diárias (C1) for igual a 5, e o desempenho na

transferência para a sanita (G2g), uso da casa de banho (G2h), mobilidade na cama (G2i), e alimentação (G2j) apresente uma codificação 6 ou 8.

De seguida é criada a variável complexidade clínica, designada de (**clin**). Esta variável apresenta valor 1 quando se regista algumas das seguintes situações: i) alimentação parentérica (K3), com codificação de 6 ou 5, associada a problemas na ingestão dos alimentos é igual a 1; ii) estado de coma; iii) diagnóstico de septicemia; iv) desidratação (K2c); iv) hemiplegia (I1e), com codificação entre 1 ou 3 e somatório das AVD igual ou superior a 10; v) hemorragia interna (J2r), codificada entre 2 e 4; vi) pneumonia (I1r), com codificação entre 1 e 3; vii) doença terminal (J6c) igual a 1; viii) quimioterapia (N2a), codificada com 2 ou 3; ix) diálise (N2b), também codificada com 2 ou 3; x) diabetes (I1u), com codificação entre 1 e 3; xi) transfusões (N2i), com codificação entre 2 e 3; xii) oxigenoterapia (N2e), também com codificação 2 ou 3; xii) e, por último, problemas nos pés (L7), com codificação entre 2 e 3.

Posteriormente é calculada a variável CPS, resultado da InterRAI Cognitive Performance Scale. Esta variável é constituída pelo somatório das variáveis Habilidade para a tomada de decisões diárias (C1), memória a curto prazo (C2a), memória processual (C2b), memória situacional (C2c), facilmente distraído (C3a), episódios de discurso incoerente (C3b), variação da função mental ao longo do dia (C3c), mudança aguda no estado mental (C4), mudança na capacidade de tomada de decisão nos últimos 90 dias (C5), e, por último, capacidade de expressão (D1). Após a criação da variável relativa à avaliação do estado cognitivo, é criada de seguida a variável impairment (**impair**), que apresenta valor igual a 1 sempre que, após o somatório dos resultados da CPS, apresentar resultado igual ou superior a 3, o que traduz défice cognitivo.

Na etapa seguinte procede-se à criação da variável problemas de comportamento (**behav**). A variável apresenta valor 1 sempre que se verifique uma destas situações: i) deambulação (E3a), com codificação entre 2 e 3; agressão verbal (E3b), com codificação entre 2 e 3; agressão física (E3c), com codificação entre 2 e 3; comportamentos sociais inadequados (E3d), com codificação entre 2 e 3; comportamento sexual inadequado em público (E3e), com codificação entre 2 e 3; resistência aos cuidados (E3f), com codificação entre 2 e 3; delírios (J2h), com codificação que pode variar entre 2 e 4; e, por último, alucinações (J2i), com uma codificação que também pode variar entre 2 e 4.

Após a criação destas novas variáveis, procede-se à classificação dos utentes de acordo com os resultados que apresentam.

Para a integração no grupo reabilitação especial, é necessário que o somatório do tempo de reabilitação recebida exceda os 120 minutos semanais. Caso não tenha recebido mais que os referidos 120 minutos semanais de reabilitação, passa para o grupo seguinte. Caso o sujeito tenha recebido mais de 120 minutos semanais associado a um score das AVD que varie entre 11 e 18, será classificado no grupo de maior utilização de recursos, identificado como **RB**. No caso de apresentar reabilitação intensiva, tiver um score nas AVD que varie entre 4 e 10 e o score nas AVDI seja superior a 1, é classificado no grupo **RA_2**. O sujeito será classificado no grupo seguinte, **RA_1**, se o score das AVD variar entre 4 e 10 e o score das AVDI se situar entre 0 e 1.

O sujeito será integrado no grupo dos Cuidados extensivos mais elevado **SE3** se incluir as condições da variável extensive (ext=1), o score das AVD for igual ou superior a 7 e apresentar mais o diagnóstico de septicemia, mais os problemas associados à variável clinicamente complexo, mais défice cognitivo, mais alimentação parenteral, e mais medicação intravenosa. Integra o grupo **SE2** se incluir as condições da variável extensive (ext=1), o score das AVD for igual ou superior a 7 e apresentar dois dos últimos cinco problemas do grupo anterior. Classifica-se no grupo **SE1** se incluir as condições da variável extensive (ext=1), o score das AVD for igual ou superior a 7 e apresentar nenhum ou um dos últimos 5 problemas do grupo SE3.

Na etapa seguinte são classificados os sujeitos para integrar o grupo Cuidados Especiais. Serão integrados neste grupo os sujeitos que apresentem a variável cuidados especiais (spec=1) e o diagnóstico de paralisia cerebral (I2aba) ou de septicemia (I2aba) com um score de 1 para os dois diagnósticos. Para o sujeito ser classificado neste grupo tem então de apresentar a variável cuidados especiais (spec=1) e um score das AVD igual ou superior a 18. Assim, se o sujeito apresentar a variável cuidados especiais (spec=1) ou a variável extensive (ext=1) e o somatório das AVD igual ou inferior a 6, e um score nas AVD igual ou inferior a 18, é classificado no grupo **SSB**. Se o sujeito apresentar a variável cuidados especiais (spec=1), ou a variável extensive (ext=1) e o score das AVD igual ou inferior a 6 e obtiver um score das AVD igual ou superior a 4 e igual ou inferior a 13, é classificado no grupo **SSA**.

Para classificação no grupo complexidade clínica, o sujeito tem de apresentar os indicadores da complexidade clínica (clin =1) ou reunir os indicadores do grupo anterior (spec=1), com um score nas AVD igual ou inferior a 6. O sujeito é classificado no grupo **CC**, quando apresentar a variável complexidade clínica (clin =1), e um score das AVD entre 11 e 18 ou apresentar os indicadores do grupo cuidados especiais (spec =1) e um score das AVD igual ou inferior a 6. O sujeito é classificado no grupo **CB**, quando apresentar os indicadores da complexidade clínica (clin =1), e um score das AVD que varia entre 6 e 10. Classifica-se no grupo **CA_2**, quando apresentar os indicadores da complexidade clínica (clin =1), e um score das AVD que varia entre 4 e 5 e o score das AVDI é igual ou superior a 1. Por último, o sujeito classifica-se no grupo **CA_1**, quando apresentar os indicadores da complexidade clínica (clin =1), e um score das AVD que varia entre 4 e 5 e o score das AVDI é igual a zero.

Para se classificar no grupo Déficit cognitivo, o sujeito tem de reunir os indicadores da variável Déficit cognitivo (impair=1), associado ao somatório das AVD e AVDI. O sujeito classifica-se no grupo **IB**, quando apresentar os indicadores do déficit cognitivo (impair=1), e apresentar um score nas AVD que varia entre 6 e 10. O sujeito classifica-se no grupo **IA_2**, quando apresenta os indicadores do déficit cognitivo (impair=1), e um score nas AVD que varia entre 4 e 5 e o score das AVDI é igual ou superior a 1. O sujeito classifica-se no grupo **IA_1**, quando apresenta os indicadores do déficit cognitivo (impair=1), um score nas AVD que varia entre 4 e 5 e o score das AVDI é igual a 0.

A classificação no grupo seguinte, designado de problemas de comportamento, resulta quando estão reunidos os indicadores que constituem este grupo (behav=1), aqui também associado ao score das AVD e AVDI.

O sujeito classifica-se no grupo **BB**, quando apresentar os indicadores de problemas de comportamento (behav=1), e um score nas AVD que varia entre 6 e 10. O sujeito classifica-se no grupo **BA_2**, quando apresenta os indicadores de problemas de comportamento (behav=1), e um score nas AVD que varia entre 4 e 5, e o score das AVDI é igual ou superior a 1. O sujeito classifica-se no grupo **BA_1**, quando apresenta os indicadores de problemas de comportamento (behav=1), e um score nas AVD que varia entre 4 e 5, e o score das AVDI é igual a 0.

Por último, o grupo funções físicas reduzidas integra os sujeitos não classificados nos grupos anteriores. O sujeito é classificado no grupo **PD** quando apresenta um score das

AVD que varia entre 11 e 18. O sujeito é classificado no grupo **PC** quando apresenta um score das AVD que varia entre 9 e 10. O sujeito é classificado no grupo **PB** quando apresenta um score das AVD que varia entre 6 e 8. O sujeito é classificado no grupo **PA_2** quando apresenta um score das AVD que varia entre 4 e 5 e o score das AVDI é igual ou superior a 1. O sujeito é classificado no grupo **PA_1** quando apresenta um score das AVD que varia entre 4 e 5 e o somatório das AVDI é igual a 0.

O sistema RUG-III/HC, tal como no sistema RUG-III (específico para lares), assume, na sua essência, que os grupos de utentes tenham *afinidades clínicas*. Assim, projetar o RUG-III/HC para ser compatível com o RUG-III apresenta toda a vantagem, uma vez que é possível coordenar a informação nos dois setores, atualmente desligados, de modo a que a informação possa fluir entre contextos clínicos.

Segundo Poss, Hirdes, Fries, McKillop & Chase (2008), a compatibilidade entre os dois sistemas de avaliação permite aos decisores identificar utentes com características clínicas muito próximas, reduzindo a utilização de recursos. Os autores apresentam como exemplo os utentes que estão institucionalizados, que, se eventualmente regressarem ao domicílio, essa transferência é facilitada se o modelo de classificação for semelhante, assim como a situação inversa, isto é, se o utente é beneficiário de cuidados domiciliários e posteriormente necessita de ser integrado em lares de idosos.

Apesar do consenso em torno do sistema RUG-III, este apresenta, no entanto, alguns aspetos negativos. Um dos maiores inconvenientes da aplicação deste sistema de classificação prende-se com a necessidade de formação e treino dos profissionais envolvidos, atendendo à sua complexidade, associado à necessidade de disponibilização de tempo, dada a sua extensa dimensão (Vázquez & Ambroj, 2004).

Finalmente, importa reforçar a inovação do sistema RUG-III/HC que se revela de extrema importância nos cuidados domiciliários, e que deriva da integração do cuidado informal no cálculo dos custos do serviço. Apesar de em outros sistemas o cuidado informal também ser considerado, sobretudo ao nível das suas características, nomeadamente, se o utente vive ou não com o cuidador principal bem como a caracterização do próprio cuidado informal, entre outros aspetos, neste sistema, o tempo do cuidado informal vai ser considerado como um custo, calculado com o valor de cerca de metade do custo de um profissional remunerado.

Neste seguimento, o estudo de Poss, Hirdes, Fries, McKillop & Chase (2008) salienta a importância da inclusão do cuidado informal como peça fundamental no cálculo dos custos do serviço, aliás, considera o cuidado informal como um custo social real e legítimo do cuidado, dado os elevados períodos de tempo que muitos destes indivíduos beneficiam do cuidado informal.

Neste contexto, a derivação do RUG-III/HC produziu dois conjuntos de índices de *case-mix* (CMIS): um índice que integra apenas o cuidado formal, e um segundo que integra, por sua vez, o cuidado formal e o informal.

O estudo da derivação de Michigan, desenvolvido por Björkgreen, Fries & Shugarman (2000), explicou esta taxa de variação na utilização de recursos, que foi de 33,7% para a combinação do custo do cuidado formal e informal e de 26,3% para as situações em que se avalia apenas o custo do cuidado formal. No estudo desenvolvido por Poss, Hirdes, Fries, McKillop & Chase (2008), registou-se uma maior taxa de variância na utilização dos recursos, que foi de 37,3% para a combinação entre o cuidado formal e informal e de 20,5%, quando avaliado apenas o cuidado formal.

Portugal não tem um sistema de avaliação de utentes uniformizado.

1.3 Índice de Case-Mix para o Serviço de Apoio Domiciliário

Importa agora analisar o conceito *Índice de case-mix*, que é de elevada importância para a definição dos custos de utente.

O conceito *case-mix* refere-se à classificação dos destinatários de cuidados de acordo com os níveis semelhantes de utilização de recursos (Björkgreen, Fries, Häkkinen e Brommels, 2004; García-Altés, Martínez, Carrillo & Peiró, 2000).

Neste sistema, o termo *case* refere-se concretamente ao utente, sendo estes classificados segundo as suas características. Por seu lado o termo *mix* refere-se à mistura dos diferentes tipos de utentes que estão a ser cuidados numa determinada instituição ou no próprio domicílio. O principal objetivo deste sistema é proporcionar um método sistemático fiável que demonstre a variação do tempo utilizado com cada um dos indivíduos, especificamente o tempo despendido nos cuidados de enfermagem (Zbylot, Job, McCormick, Boulter, & Moore, 1995).

Segundo (Rouse, Harrison, Sajtos & Parsons, 2011), as vantagens apontadas para a criação do sistema *case-mix* apontam para o seguinte: (i) permite uma melhor compreensão e controle dos recursos usados; (ii) contribui para a melhoria na comunicação, visibilidade e transparência dos clientes que recebem serviços financiados; (iii) permite o melhoramento da monitorização do cliente através da provisão de pacotes de cuidados padronizados; (iv) e, finalmente, favorece análises mais incisivas, como a identificação de boas práticas e variabilidade na prestação dos serviços.

Para Bjökgren, Fries, Häkkinen & Brommels (2004), este sistema fornece também ferramentas para suportar o pagamento dos serviços, a padronização da definição de produto e a base para a medição da eficiência e qualidade dos cuidados.

Phillips, Dyer, Anousek, Halperin & Hawes (2008), que também defendem este modelo de utilização de recursos, referem um conjunto de requisitos que devem sustentar um bom modelo de *case-mix*. Assim e para os autores: (i) o modelo deve explicar a variação no tempo de atendimento entre os clientes; (ii) por outro lado, as categorias do modelo de *case-mix* devem "fazer sentido" para os prestadores (ou seja, os clientes devem ser reconhecíveis); (iii) este modelo também deverá permitir contributos de modo a fornecer incentivos para o bom atendimento e minimizar incentivos sempre que o atendimento seja deficiente; (iv) e finalmente, as categorias do modelo devem ser clinicamente ou conceitualmente significativas. Apesar de este último requisito não ser totalmente aceite, permite assegurar que os grupos de clientes representam agregações relativamente semelhantes, podendo assim ser afetados da mesma forma ao nível das inovações, mudanças políticas ou mudanças na diretrizes clínicas (Phillips, Dyer, Anousek, Halperin & Hawes, 2008).

Mais recentemente, e na mesma linha, Guthrie & Poss, (2013) defendem também algumas das características que devem constituir os sistemas de *case-mix*. Assim, e para estes autores: (i) os instrumentos de recolha de dados têm de ser válidos e confiáveis; (ii) somente as características dos indivíduos devem ser utilizadas para medir e prever a utilização de recursos; (iii) o sistema deve ter rigor estatístico; (iv) os grupos devem ser consistentes com o conhecimento profissional; (v) os dados recolhidos devem servir para responder a outros objetivos; (v) e, finalmente, em qualquer sistema de *case-mix*, a investigação deve ser contínua de modo a testar continuamente o sistema de forma a avaliar se o mesmo vai integrando as alterações surgidas na prestação dos serviços.

Fries et al. (1994), aconselham que os índices de *case-mix* devem ser avaliados usando três tipos de critérios: estatísticos, clínicos e de incentivos.

O sistema *case-mix* vai indicar o número de horas de cuidados pessoais, assim como os serviços para os quais o cliente deve ser elegível (Phillips, Dyer, Anousek, Halperin & Hawes, 2008). Ainda segundo este autor, os clientes dentro de um grupo de *case-mix* específico devem exibir necessidades semelhantes e devem receber níveis semelhantes (horas) de cuidados pessoais ou cuidados especializados.

No sistema RUG-III, assim como no sistema RUG-III/HC, cada um dos grupos de utentes tem um “peso” ou índice de carga de recursos consumidos e o “tempo relativo” de cuidados realizados, denominado índice *case-mix*. Assim, a cada um dos grupos de utentes corresponde um índice de tempo relativo de consumo de cuidados ou recursos (Índice *case-mix*), que é a proporção entre o tempo médio do grupo e o tempo médio global (Vázquez & Ambroj, 2004).

O desenvolvimento do sistema de *case-mix* nos serviços comunitários não tem acompanhado o mesmo ritmo, comparativamente com o desenvolvido em contexto hospitalar ou em lares de idosos. Contudo, trata-se de uma temática extremamente desafiadora dada a natureza crónica dos problemas relacionados com o envelhecimento, assim como do impacto do cuidado informal nas sociedades atuais.

Nos serviços comunitários a variável dependente - tempo de permanência no sistema ou serviço, - não pode ser usada da mesma forma que em contexto institucional, dado que, em contexto comunitário, o utente pode permanecer durante vários anos no sistema. Assim, a distinção tem de ser a outro nível, designadamente, no consumo individual de recursos, isto é, o tempo de cuidados diretos ao utente.

O modelo *case-mix* desenvolvido por Goldberg, Burstein, Schmitz & Moore (1999), Home Health Resource Groups (HHRGs) específico para os cuidados domiciliários, tem constituído o suporte para os pagamentos adotado nos Estados Unidos pelo sistema de saúde Medicare. Este modelo considerou basicamente três domínios: (i) a gravidade clínica; (ii) o estado funcional; (iii) e a utilização de serviços, criando uma classificação constituída por 80 grupos que explicaram cerca de 32% da variação no custo do serviço dos episódios de cuidados durante um período de 60 dias (Poss, Hirdes, Fries, McKillop & Chase, 2008).

Apesar da avaliação através do RAI-HC ser usada em vários Estados Norte Americanos, Canadá e até mesmo na Europa, a sua associação com o sistema RUG-III/HC não é totalmente aceite pelos intervenientes. Poss, Hirdes, Fries, McKillop & Chase (2008) referem que em Ontário toda a avaliação dos utentes adultos utilizadores do Serviço de Apoio Domiciliário é feita através do RAI-HC desde 2002, mas o sistema RUG-III/HC não é utilizado como modelo de pagamento.

Nos Estados Unidos, o instrumento de avaliação MDS 2.0 é utilizado em todos os lares de idosos (nursing homes), usando o RUG-III como o sistema de pagamento do Medicaire. Relativamente aos cuidados domiciliários, utilizam também o RAI-HC para avaliação integral dos utentes, mas utilizam o sistema OASIS (Outcome and Assessment Information Set) para o pagamento dos cuidados domiciliários da saúde (Poss, Hirdes, Fries, McKillop & Chase, 2008). Este sistema de classificação de utentes, OASIS, constitui a base do índice de *case-mix* que vai determinar o valor a pagar por cada utente. Os dados dos utentes são organizados em três dimensões: a gravidade clínica, gravidade funcional e utilização dos serviços, e, em seguida, são atribuídos valores de pontuação para cada dimensão. Um programa informático resume pontuações do paciente no interior de cada uma das três dimensões e atribui-lhes um grau de severidade. Os quatro níveis de gravidade clínica, os cinco níveis de gravidade funcional, e os quatro níveis de utilização dos serviços resultam em 80 combinações possíveis, em que cada uma das quais define um grupo para o sistema de *case-mix*. Cada paciente é incluído num grupo de recursos de saúde domiciliários (HHRG) com base na combinação dos seus níveis de gravidade (<http://www.medicareadvocacy.org>).

Têm sido vários os estudos que visam a explicação dos custos dos cuidados domiciliários, em alguns casos, avaliando apenas o cuidado formal, mas, noutros casos, é feita uma análise ao custo do cuidado formal associado ao cuidado informal.

Carpenter et al. (2004) realizaram um estudo, The Aged in HOme Care Project (AdHOC), que pretendia avaliar a taxa de variância dos custos do cuidado formal e informal em 11 países da Europa através do RUG-III/HC. Concluíram que a variação dos custos associados ao cuidado formal e informal variava entre 11 e 39%. As limitações deste estudo derivam por um lado da pequena dimensão da amostra em cada um dos países envolvidos, que variou entre 187 e 606 utentes, e, por outro lado, apenas foram avaliados

os cuidados prestados num período de sete dias, não tendo sido realizada qualquer análise para constituição de índices de *case-mix*.

Num outro estudo, desenvolvido por Phillips, Dyer, Janousek, Halperin & Hawes, (2008), foram recolhidos dados sobre 1.228 indivíduos, dos quais 779 receberam cuidados pessoais ou serviços correspondentes. Os indivíduos foram avaliados através do instrumento RAI-HC, tendo também sido recolhidos os dados resultantes do tempo dos cuidados prestados. Os resultados do estudo produziram um modelo de *case-mix* com 11 categorias, explicando 29% da variância em horas de cuidados pessoais (Rouse, 2011).

O estudo de derivação de Michigan, que pretendeu adaptar o sistema de classificação de utentes RUG-III utilizado em lares para o serviço de apoio domiciliário, desenvolvido por Björkgreen, Fries & Shugarman (2000), explicou esta variação entre os diferentes grupos de utentes e o custo dos cuidados. Os resultados concluíram que existia uma taxa de variância nos custos de 33,7% para a combinação do custo do cuidado formal e informal, e de 26,3% para quando se avaliava apenas o custo do cuidado formal. Segundo Poss, Hirdes, Fries, McKillop & Chase (2008), este estudo apresenta algumas limitações, que derivam por um lado da produção de células de pequena dimensão em vários grupos, e por outro, porque utilizou o autorrelato de estimativas de 14 dias de cuidados na formação da variável dependente (tempo), quando deveria observar registos de serviços durante um largo período de observação.

No estudo desenvolvido por Poss, Hirdes, Fries, McKillop & Chase (2008), utilizando dados de uma amostra alargada de utentes de cuidados domiciliários no Canadá, integrados no RUG-III/HC, os resultados explicaram 37,3% da variação de custo quando o cuidado informal foi incluído e 20,5% para o cuidado formal sozinho. Note-se contudo que, quer o estudo de Björkgreen, Fries & Shugarman (2000), quer neste estudo Canadense, verificou-se um menor poder explicativo quando a variável dependente foi apenas a componente formal de cuidados.

Em resumo, têm sido realizados esforços consideráveis no desenvolvimento de sistemas de *case-mix* para cuidados domiciliários, mas até agora nenhum sistema parece ter apresentado uma vantagem especial em termos de poder explicativo. Além disso, as variáveis dependentes nos dois estudos com maior poder explicativo são os custos estimados (isto é, tempo imputado ao cuidado informal) ou restritos aos cuidados pessoais, prestados pelo cuidado formal. Além disso, as diferenças entre países e etnias sugerem que

novas investigações no desenvolvimento do sistema *case-mix* são necessárias (Rouse, 2011).

As abordagens tradicionais dos sistemas de *case-mix* concentravam-se nas horas utilizadas na prestação dos cuidados ou no custo, utilizando-as para atribuir clientes em grupos que, então, formam a base da especificação do produto. Por exemplo, se nos concentrarmos apenas em recursos, tais como horas semanais de serviço prestado, o cliente C pode estar integrado num grupo de necessidades alta, o A num grupo de necessidades médio e B e D num grupo de necessidades baixo. Mudando o foco para as necessidades, no entanto, pode-se ver que A e B estão agora num grupo similar, enquanto C e D permanecem em grupos de necessidades alto e baixo, respetivamente. O aspeto que marca a diferença nos cuidados domiciliários é a presença dos cuidadores, uma vez que podem explicar porque é que A e B recebem quantidades diferentes de cuidados formais, apesar de terem necessidades semelhantes (Rouse, 2011).

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo III - Objetivos do Estudo e Metodologia

1. Objetivos do estudo e metodologia

Neste capítulo procede-se à apresentação dos objetivos do estudo desenvolvido e da metodologia utilizada.

Relativamente à metodologia, inicia-se com uma descrição da opção utilizada para a constituição da amostra. Posteriormente, são descritos os instrumentos utilizados para a recolha de dados, designadamente o instrumento MDS-HC, específico para cuidados domiciliários, e o sistema de classificação de utentes RUG-III/HC, também específico para este contexto de prestação de cuidados.

É também feita a descrição dos procedimentos adotados durante todo o processo, incluindo os procedimentos éticos.

1.1 Objetivos do estudo

A inexistência de um sistema de classificação de utentes utilizadores do serviço de apoio domiciliário em Portugal foi decisivo no interesse para realização deste estudo.

Por um lado, os beneficiários deste serviço no nosso país não estão sujeitos a uma avaliação integral das suas necessidades, dada a inexistência de um instrumento de avaliação integral e uniformizado entre os prestadores de cuidados. Os Manuais de Qualidade da Segurança Social apresentam alguns instrumentos para recolha de informação relativa aos utentes. Contudo, a não obrigatoriedade na sua aplicação, vai determinar a inexistência de informação fidedigna relativa aos utilizadores do serviço de apoio domiciliário. A avaliação dos utentes é feita de acordo com orientações internas dos prestadores de cuidados, não permitindo determinar um perfil tipo dos utilizadores do serviço de apoio domiciliário no nosso país.

Por outro lado, e no seguimento do referido anteriormente, a inexistência de instrumentos de avaliação uniformizados em contexto de cuidados domiciliários, vai também determinar, por sua vez, a inexistência da prática de classificar os utentes de acordo com as suas características, apesar de se tratar de uma prática que é efetivada em contexto hospitalar.

Estas circunstâncias vão determinar a incapacidade de se proceder atualmente ao cálculo dos custos associados com a prestação dos cuidados em contexto domiciliário. O financiamento dos serviços domiciliários não vai ter em conta o tipo de utentes que utilizam o serviço, mas vai suportar a sua decisão em função dos serviços que as instituições disponibilizam, independentemente das necessidades diagnosticadas aos seus utilizadores.

Neste contexto, constituem objetivos deste estudo:

1. A caracterização dos utentes beneficiários de serviço de apoio domiciliário, através das dimensões previstas no instrumento específico para cuidados domiciliários, RAI-HC;
2. A classificação dos sujeitos da amostra através do sistema RUG-III/HC, também específico para os cuidados domiciliários, integrando-os nos respetivos grupos;
3. Por último, o cálculo do custo total de utente através da construção de Índices *de Case-mix*, onde se incluem os custos associados à utilização dos cuidados formais, à utilização dos cuidados informais, ou ambos, através do sistema RUG-III/HC.

2. Metodologia

2.1 Constituição da Amostra

A amostra deste estudo é constituída por 164 sujeitos e respetivos cuidadores informais (quando existentes), e profissionais diferenciados envolvidos na prestação dos cuidados. Trata-se de beneficiários do Serviço de Apoio Domiciliário de 4 Instituições Particulares de Solidariedade Social que prestam cuidados domiciliários num concelho do distrito de Aveiro.

Os sujeitos são beneficiários do serviço por um período superior a 60 dias, período considerado necessário para garantir a permanência do sujeito no serviço (Poss, Hirdes, Fries, McKillop, & Chase, 2008).

As instituições intervenientes na investigação pertencem todas ao mesmo concelho, tendo esta tomada de decisão sido assumida por questões de conveniência, uma vez que era

previsto, e foi concretizada, a recolha de dados presencial pelo investigador, sendo assim exigido um acompanhamento muito próximo para monitorização dos episódios de cuidados.

A amostra é constituída por 87 mulheres (53%) e 77 homens (47%). A média de idades é de 76,2 anos e um desvio padrão de 12,96. Relativamente ao estado civil, 22,6% são solteiros, 47,6% dos sujeitos são casados, e os restantes (29,8%) são viúvos, separados ou divorciados. Relativamente à constituição do seu agregado familiar, quase metade da amostra vive com o cônjuge (47%), mas salienta-se que 26,8% vivem sozinhos. Cerca de metade dos sujeitos conta com apoio de cuidador informal (48,8%). Relativamente às condições sócio-económicas, 22,6% dos sujeitos assumiram ter problemas financeiros.

Em termos de avaliação do estado funcional, 35,9% dos sujeitos são dependentes ou grandes dependentes ao nível da execução das AVD, e esta percentagem aumenta para 51,2% quando avaliamos as AVDI. Relativamente à incontinência, 35,4% dos sujeitos são incontinentes urinários e 29,9% são incontinentes fecais.

Relativamente ao desempenho cognitivo, 41,5% dos sujeitos apresenta défice. Em termos de problemas comportamentais, 20,7% dos sujeitos apresentam este tipo de problema.

2.2 Instrumentos de recolha de dados

2.2.1 InterRAI Minimum Data Set Home Care

O instrumento utilizado na recolha de dados foi o InterRAI Minimum Data Set-Home Care (MDS-HC), versão 9.1, publicada em 2009, pelo consórcio InterRAI Assessment System, que congrega investigadores e clínicos de várias nacionalidades nas áreas da geriatria e da gerontologia. O trabalho deste grupo visa essencialmente a construção de instrumentos que permitam um sistema integrado de informação dos sujeitos na área da saúde, com o propósito de poder responder às suas necessidades em diferentes contextos clínicos, sendo atualmente utilizado em mais de trinta países (Carpenter, 2006). Oferece a oportunidade de melhorar a continuidade, eficiência e qualidade dos cuidados (Gray et al., 2009). Os instrumentos desenvolvidos por este consórcio apresentam uma

base de 70% de itens comuns, sendo acrescentados itens de acordo com o contexto clínico específico que se está a trabalhar. De entre esses contextos clínicos, destaca-se, designadamente, os cuidados domiciliários através do instrumento InterRAI-HC, os cuidados de longa duração através do InterRAI-LTCF, os cuidados de saúde mental, que utiliza o instrumento InterRAI-MH, entre outros (Hirdes et al., 2008; Carpenter, 2006).

Os instrumentos deste consórcio internacional podem ser utilizados para várias finalidades, designadamente, para avaliação multidimensional, elaboração de planos de cuidados, avaliação de resultados, avaliação de indicadores de qualidade, construção de sistemas de *case-mix*, obtenção de dados epidemiológicos, entre outras finalidades (Heaney, Lydall-Smith, O'Connor & Tenni, 2003).

Especificamente para os cuidados domiciliários, o instrumento RAI-HC tem como principal objetivo avaliar e monitorizar o estado da pessoa que necessita de cuidados de saúde e sociais, a serem prestados em contexto comunitário (InterRAI Home Care (HC), 2009; Chi, Chou, Kwan, Lam & Lam, 2006; Dalby, Hirdes & Fries, 2005).

A primeira versão do RAI-HC data de 1994, tendo sido alvo de várias alterações nos anos subsequentes, dando origem a diversas versões. Em 1999 é realizada a maior revisão do instrumento, resultando na versão 2.0 (Hawes, Fries, James & Guihan, 2007). Designado de terceira geração, foi adotado por vários países e está traduzido em várias línguas.

Trata-se de um instrumento centrado no cliente, que faz uma análise compreensiva e estandardizada do mesmo, para avaliar necessidades, forças e preferências da população idosa que reside em casa (Heaney, Lydall-Smith, O'Connor & Tenni, 2003). Um das suas vantagens é que pode ser utilizado em tipos de população diferenciados, desde indivíduos que exigem cuidados de saúde complexos, outros que necessitam de cuidados paliativos, até aqueles que necessitam de apoio a um nível mais leve, resultado de incapacidades associadas ao envelhecimento ou a doenças crónicas (Hawes, Fries, James & Guihan, 2007).

De um modo geral, podemos afirmar que este instrumento avalia de uma forma ampla as capacidades funcionais, o estado clínico e psicológico do indivíduo, assim como as suas necessidades, com o objetivo de desenvolver um plano de cuidados coordenado e integrado (Brown et al., 2009).

O instrumento RAI-HC é composto por duas partes distintas. A primeira, constituída pelo Minimum Data Set-Home Care (MDS-HC), utilizado neste estudo, e a segunda parte, que integra trinta protocolos de avaliação clínica, designados de Clinical Assessment Protocols (CAP's) (Heaney, Lydall-Smith, O'Connor & Tenni, 2003).

O objetivo principal do MDS-HC consiste em recolher informação padronizada do indivíduo sobre domínios diversos. Integra uma componente de avaliação, designadamente em domínios diferenciados, tais como a cognição, comunicação, funcionalidade, saúde, suporte social e utilização dos serviços entre outros (Hawes, Fries, James & Guihan, 2007). Quando aplicável, avalia também a sobrecarga do cuidador e a capacidade deste para dar continuidade à prestação dos cuidados.

A Tabela 1 apresenta todos os domínios avaliados, assim como o número de itens associados a cada um deles. Nesta primeira parte do instrumento, através dos resultados de alguns dos itens, é possível identificar domínios onde há necessidade de aprofundar a avaliação ou que manifestamente revelam sinais em áreas onde se verifica um grande declínio do sujeito que está a ser avaliado.

Neste contexto, o instrumento contempla uma segunda parte que integra trinta protocolos de avaliação clínica, designados de Clinical Assessment Protocol (CAP's). O objetivo destes protocolos consiste em definir a natureza dos problemas, bem como o curso das ações a ser desenvolvidas (Carpenter, Field, Challis, Calnan & Swift (2001), isto é, permitem ao avaliador aprofundar potenciais problemas diagnosticados (Heaney, Lydall-Smith, O'Connor & Tenni, 2003), não substituindo o diagnóstico clínico, mas facilitando a prática clínica (Hawes, Fries, James & Guihan, 2007; Chi, Chou, Kwan, Lam & Lam, 2006).

Importa, contudo, referir que neste estudo não foram utilizados os Clinical Assessment Protocols. Esta escolha deriva da opção deste estudo, uma vez que não constituía objetivo definir a natureza dos problemas diagnosticados para futura sinalização e melhor avaliação.

Tabela 1 – Domínios de avaliação do RAI-HC

Domínios do RAI-HC	Nº de itens
Cognição	5
Comunicação e visão	4
Humor e comportamento	3
Bem-estar psicossocial	5
Estado funcional	7
Continência	4
Diagnósticos de doenças	2
Estado de saúde	9
Estado nutricional e oral	4
Condição da pele	7
Medicação	1
Tratamentos e procedimentos	5
Suporte social	5
Avaliação ambiental	4

Iremos apresentar de seguida e de forma pormenorizada o instrumento utilizado. O instrumento original contém mais seções, sobretudo associadas à preparação da alta, mas que não foram utilizadas no presente estudo.

A versão portuguesa do MDS-HC é composta por 17 seções, designadamente: a) identificação; b) entrada e história de admissão; c) cognição; d) comunicação e visão; e) humor e comportamento; f) bem-estar psicossocial, g) estado funcional; h) continência; i) doenças diagnosticadas; j) condições de saúde; k) estado oral e nutricional; l) condição da pele; m) medicação; n) tratamentos e procedimentos; o) responsabilidade legal; p) suporte social e, por último, a seção q), que faz a avaliação ambiental.

A resposta a cada item é feita através de códigos, que variam entre zero e nove.

Seção A – Informação de identificação

Nesta seção, são recolhidos dados relativos ao utente, ao serviço de apoio domiciliário, bem como alguns dados relativos à instituição prestadora do serviço.

Relativamente aos dados do utente, são recolhidas informações que passam pela identificação do mesmo, em termos de nome (A1.), género (A2.), data de nascimento (A3.), estado civil (A4.), números de identificação dos serviços da Segurança Social e dos Serviços de Saúde (A5.).

Posteriormente, é identificada a instituição prestadora do serviço (A6.) e as atuais fontes de financiamento do utente em concreto (A7.), designadamente, se o financiamento é suportado apenas pelo utente, se pela família, se pela Segurança Social, se pelos Serviços de Saúde, se por Companhia de Seguros, se por Seguro Privado, ou outro tipo de financiamento. Neste caso, a resposta pode ser múltipla, já que o financiamento do serviço pode derivar de várias opções.

O item A8. reporta-se ao motivo da avaliação. Esta pode variar entre primeira avaliação, como foi o caso deste estudo, a reavaliação de rotina, a avaliação após saída temporária do serviço, a mudança significativa do estado do utente, a reavaliação próxima da alta, entre outros motivos. Inclui ainda o registo da data da avaliação e os objetivos dos cuidados expressos pelo utente ou cuidador.

No item A9. é indicada a data da avaliação, e no item A10. são expressos os objetivos que o utente pretende ver atingidos com a prestação do plano de cuidados que vai ser implementado após a avaliação. Esta definição de objetivos é importante, dado que vai permitir o envolvimento do utente, integrando-o como elemento da equipa que vai constituir-se.

No item A11. é identificado o código postal da residência do utente e no item A12. o tipo de residência no momento da avaliação.

Posteriormente é questionada a constituição do agregado familiar do utente (A13a.), se relativamente a 90 dias atrás o utente reside com algum elemento novo (A13b.) e se o mesmo considera que viveria melhor em outro local (A13c.).

Por último, questiona-se o tempo desde a última estadia hospitalar, que apenas inclui internamento nos últimos 90 dias (A14.).

Seção B – Entrada e História de Admissão

Esta seção apenas é preenchida na primeira avaliação. Aqui questiona-se a data de abertura do caso (B1.), a raça do utente (B2.), o seu idioma principal (B3.) e a sua história residencial nos últimos 5 anos (B4.). Esta pode passar por cuidados de longa duração, lar de idosos, residência de saúde mental, hospital psiquiátrico, entre outros.

Seção C – Cognição

É importante determinar a performance do sujeito em lembrar, tomar decisões e organizar o seu dia-a-dia, uma vez que o seu estado cognitivo vai determinar a sua colaboração na execução do plano de cuidados traçado, bem como a capacidade de tomar decisões independentes na comunidade.

Nesta seção é avaliado o estado cognitivo do utente através dos seguintes itens: habilidade para a tomada de decisão diária; memória e capacidade de recordar, pensamento/consciência periodicamente desordenada, mudança aguda no estado mental do utente e, por último, avaliação relativamente à mudança na capacidade de tomada de decisão comparativamente com o período de 90 dias anteriores.

Relativamente à habilidade cognitiva para a tomada de decisões diárias (C1.), a codificação varia entre zero, que corresponde ao estado de independente, e o valor cinco, que corresponde ao estado comatoso. Esta avaliação resulta de entrevista e observação do utente, recolhendo também informação junto da família ou cuidador, se necessário. É importante que se avalie a efetiva capacidade do utente na tomada de decisão e não aquilo que a família/cuidador considera que é capaz, dado que, por vezes, apesar do utente ter capacidade para a tomada de decisão, é substituído por outros, pelo que os resultados desta avaliação poderão assim ser deturpados. A codificação a atribuir a este item varia entre independente (0), independência reduzida (1), minimamente prejudicada (2), moderadamente prejudicada (3), severamente prejudicada (4) e, por último, nenhuma consciência discernível (5), que corresponde ao estado comatoso, pelo que, neste caso, o avaliador deve passar de imediato para a seção G.

No item seguinte, C2., é avaliada a memória e capacidade de recordar, especificamente a memória a curto prazo, memória processual e memória situacional. Para avaliação da memória a curto prazo (C2a.), a recolha da informação pode resultar do pedido para que o utente repita três palavras que foram enunciadas, passados cinco

minutos, ou perguntar o que foi a refeição anterior, se pudermos ter a confirmação da resposta. Para avaliação da memória processual do utente (C2b.) ao solicitarmos que o utente refira a execução/enunciação da tarefa de vestir, pode funcionar como um teste para avaliação deste tipo de memória, isto é, é necessário perceber se o utente é capaz de executar/enunciar todas ou quase todas as etapas numa sequência de multitarefas. Para a avaliação da memória situacional (C2c.), é importante perceber se o utente é capaz de reconhecer pessoas e lugares. Neste item, as respostas são codificadas do seguinte modo: (0) memória intacta; (1) problema de memória.

No item C3., que avalia o pensamento/consciência periodicamente desordenado, é analisada a presença de alguns tipos de comportamentos nos últimos três dias. Assim, avalia se o utente facilmente se distrai (C3a.), se apresenta episódios de discurso incoerente, isto é, se apresenta discurso sem sentido, ou divaga de assunto para assunto (C3b.), e, por último, se a função mental varia ao longo do dia (C3c.). A codificação das respostas varia entre (0), que corresponde às situações em que não apresenta o comportamento, o (1), quando apresenta o comportamento mas o mesmo é consistente com o funcionamento habitual, e (2), quando o utente apresenta o comportamento mas este é diferente do seu funcionamento habitual.

No item C4., questiona-se a verificação de mudança aguda no estado mental do utente, designadamente agitação, dificuldade em acordar. A resposta varia entre o código (0), que corresponde ao Sim, e (1), que corresponde ao Não.

Por último, no item C5., é avaliado se houve mudança na capacidade de tomada de decisão em relação aos 90 dias anteriores, questionando, para o efeito o utente ou a família. As codificações variam entre 0 e 3. O código 0 corresponde às situações em que o utente apresentou melhoria, o 1 quando não se registou alteração, codifica-se com 2 quando o utente piorou, e com 3 quando não há certeza na resposta.

Seção D – Comunicação e Visão

Nesta seção é avaliada a capacidade de expressão, de compreensão, de audição e de visão do utente. A avaliação destas áreas é fundamental na decisão de o utente poder vir a permanecer em casa ou não, no caso de viver só.

No primeiro item, D1., é avaliada a capacidade do utente se fazer entender, em termos de expressão, seja verbal ou não verbal. Para avaliação deste item, o avaliador deve

interagir com o utente e, se possível, observar a sua interação com a família. A codificação das respostas corresponde a: (0) entende-se; (1) geralmente entende-se; (2) muitas vezes entende-se; (3) por vezes entende-se; e (4) raramente ou nunca se entende.

No item D2., é avaliada a capacidade do utente para entender os outros (compreensão), com a utilização de aparelho auditivo, se usado normalmente, interagindo com a pessoa, ou consultando a família, se necessário. A codificação da resposta utiliza a mesma codificação que o item anterior.

No item D3., é avaliada a audição. Para uma avaliação fidedigna é fundamental que o sujeito utilize o aparelho, como habitualmente, e estar atento às condições do espaço onde a avaliação está a ser realizada, designadamente a presença de barulho, no interior ou exterior do espaço. O avaliador deve interagir com o sujeito para uma correta avaliação e questioná-lo sobre a sua autoperceção acerca da audição. A codificação varia entre (0), ouve adequadamente, e (4), não ouve.

Relativamente à visão, item D4., a avaliação do sujeito deve ser feita com luz suficiente no espaço onde decorre a avaliação e com a utilização das ajudas técnicas (óculos) que habitualmente utiliza. O próprio, a família ou as ajudantes domiciliárias devem ser questionado(s) sobre as alterações a este nível. Deve confirmar-se a resposta obtida, solicitando que leia qualquer documento escrito. O avaliador deve ter em atenção a possibilidade da iliteracia do utente, pelo que pode pedir, por exemplo, para dizer o número de uma página de um documento. A codificação da resposta varia entre 0 e 4, tal como na codificação da visão.

Seção E – Humor e comportamento

A depressão é um problema grave associado a uma morbilidade elevada. Alguns dos sintomas associam-se a isolamento social, resistência aos cuidados, incapacidade para a realização de algumas tarefas, sensibilidade aumentada para a dor física, entre outros. A avaliação através deste instrumento pode constituir o primeiro passo para o seu diagnóstico e tratamento, dado que, muitas vezes, e apesar de o utente e a família perceberem que algo não está bem, esta não está diagnosticada.

Para avaliação de indicadores de depressão, muitas vezes é o próprio utente quem o verbaliza, revelando a sua ansiedade ou tristeza. Para os que não verbalizam tão facilmente o que sentem, o avaliador deve observar atentamente o sujeito e codificar cada um dos

itens, recorrendo aos familiares e, se necessário, ao médico de família. Os itens previstos são: declarações negativas (E1a.); irritação persistente consigo ou com os outros (E1b.); expressões, incluindo não-verbais, de medos aparentemente irrealistas (E1c.); queixas de saúde repetitivas (E1d.); queixas/preocupações repetitivas e ansiosas não relacionadas com a saúde (E1e.); expressões faciais de tristeza, dor ou preocupação (E1f.); choro (E1g.); afirmações recorrentes de que algo terrível está para acontecer (E1h.); abandono de atividades de interesse (E1i.); interação social reduzida (E1j.); expressões, incluindo não verbais, de falta de prazer na vida (E1k). A cada um destes itens o avaliador atribui uma codificação que varia entre 0 e 3. Codifica-se com 0 quando a situação não está presente. A codificação 1 reporta-se a situação presente mas que não foi observada nos últimos três dias. Codifica-se com 2 sempre que a situação tenha sido observada uma a duas vezes nos últimos três dias, e, por último, codifica-se com 4, sempre que a situação tenha sido observada nos últimos três dias.

No item seguinte E2., que também está relacionado com os indicadores associados à depressão, é efetuada uma autoavaliação do humor. Apenas a resposta dada pelo utente é válida para o preenchimento deste item. É questionado diretamente ao utente se nos últimos três dias sentiu pouco interesse ou prazer no que normalmente gosta (E2a.); se se sentiu ansioso, inquieto ou incomodado (E2b.); se se sentiu triste, deprimido ou sem esperança (E2c.). As respostas são codificadas entre 0 e 4, em que 0 corresponde à não ocorrência da situação nos últimos três dias e o 4 se a pessoa não pode ou não quer responder.

A avaliação dos indicadores associados ao humor e comportamento prossegue no item E3., relativo a sintomas comportamentais. Para avaliação destes sintomas, a informação é recolhida junto dos familiares ou profissionais e exige especial cuidado na sua recolha, não devendo ser recolhida na presença do utente, sob pena de a resposta não ser fidedigna. Os itens utilizados para avaliar os sintomas comportamentais são a presença de algum destes comportamentos nos últimos três dias: deambulação (E3a.); agressão verbal (E3b.); agressão física (E3c.); comportamentos sociais inadequados (E3d.); comportamento sexual inadequado em público ou despir-se em público (E3e.); resistência aos cuidados (E3f). As respostas podem ser codificadas entre 0 e 3, sendo que 0 corresponde à não presença do comportamento e o 3 corresponde à observação diária do comportamento nos últimos três dias.

Seção F – Bem-estar psicossocial

O objetivo desta seção consiste em avaliar a interação do utente e a sua adaptação ao seu meio envolvente.

Para tal são avaliados os itens relacionados com as relações sociais, solidão, mudança nas atividades sociais nos últimos 90 dias, período de tempo que permanece sozinho durante o dia, e também a existência de agentes stressores nos últimos 90 dias.

Esta seção inicia com a avaliação das relações sociais, que são avaliadas seguindo um conjunto de itens que pretendem perceber se o utente participa em atividades de que gosta, se tem visitas ou telefonemas de amigos e, ou de familiares, entre outros. Assim, para os itens (F1a.), participação em atividades sociais de longa data ao nível de, (F1b.), visita de um amigo/conhecido de longa data; (F1c.), outro tipo de contacto com amigo/conhecido de longa data; (F1d.), conflito ou raiva com família e amigos; (F1e.), medo de um membro da família ou de um conhecido; e (F1f.), negligenciado, abusado ou maltratado. As respostas dadas devem ser codificadas entre 0, que corresponde a nunca, o código 1, corresponde há mais de 30 dias, o código 2, entre 8 e 30 dias, o código 3, de 4 a 7 dias, o código 4, nos últimos três dias, e, por último, o código 5, utilizado sempre que é incapaz de se determinar.

O item F2. avalia se o utente se sente só, pelo que deve ser questionado o próprio ou os seus familiares, ou até mesmo vizinhos, variando a resposta entre 0, que corresponde à resposta Sim, e o 1, que corresponde a Não.

O item F3. avalia a existência ou não de mudança na participação nas atividades sociais nos últimos 90 dias. A recolha de dados deve ser feita através de pergunta direta ao utente, ou seus familiares. A codificação da resposta varia entre 0, sempre que não tenha ocorrido diminuição, codifica-se com valor 1 se houve diminuição, mas sem incómodo, e codifica-se com 2, sempre que se registou diminuição com incómodo.

Seguidamente, é avaliado o período de tempo que o utente se encontra só durante o dia, manhã e tarde (F4.). É importante avaliar o tempo que está literalmente só, que pode variar entre menos de 1 hora, com o código 0, entre 1 e 2 horas, com código 1, mais de 2 horas e menos de 8 horas, com código 2, e quando está só 8 ou mais horas, com código 3.

Por último, pergunta-se se nos últimos 90 dias ocorreram acontecimentos que provocaram stress no utente (F5.), designadamente, doença pessoal grave, morte de um

familiar ou amigo, assalto, entre outros. A codificação da resposta varia entre Não, com código 0, e Sim, com código 1.

Seção G – Estado funcional

A avaliação do estado funcional processa-se pela recolha de dados em áreas diferenciadas como o desempenho e capacidade nas AVDI, AVD, nível de atividade, potencial de melhoria, entre outras.

A decisão de permanência no domicílio vai também depender da situação funcional do utente, pelo que esta avaliação constitui um fator importante na tomada desta decisão, sobretudo se a retaguarda social e familiar do utente for reduzida.

A avaliação das AVDI decorre, por um lado, da avaliação do desempenho e, por outro, da capacidade para a realização de um conjunto de AVDI. É importante distinguir os conceitos de desempenho e de capacidade. O primeiro avalia aquilo que a pessoa efetivamente fez nos últimos três dias. O conceito de capacidade baseia-se na presunção daquilo que a pessoa era capaz de fazer, exigindo especulação por parte do avaliador. A este nível é também importante distinguir entre o não desempenho por falta de capacidade ou por falta da competência, como é exemplo a tarefa associada à confeção de refeições pelos homens, ou a gestão de finanças pelas mulheres. O não desempenho decorre da falta da competência e não porque seja incapaz de o fazer, caso tivesse orientação.

As AVDI avaliadas ao nível do desempenho e da capacidade são: a preparação de refeições (G1a. e G1aa.); atividades domésticas (G1b. e G1bb.); gestão das finanças (G1c. e G1cc.); gestão da medicação (G1d. e G1dd.); uso do telefone (G1e. e G1ee.); subida de escadas (G1f. e G1ff.); aquisição de bens/compras (G1g. e G1gg.) e realização de viagens em transportes públicos (G1h. e G1hh.). A codificação das respostas varia entre 0 e 8. O valor 0 corresponde a situações em que o utente é independente. Quando codificada com 1, significa que necessita de ajuda apenas na preparação; com código 2, necessita de supervisão; com código 3, assistência limitada, quer dizer que necessita de ajuda apenas em algumas ocasiões. Utiliza-se o código 4 quando existe uma assistência ampla, isto é, necessita de ajuda durante a tarefa, mas 50% ou mais é realizada pelo próprio. Codifica-se com 5, sempre que se verifica assistência máxima, isto é, o utente ajuda na tarefa, mas menos de 50% é realizada pelo próprio. Apresenta o código 6, sempre que se verifica uma

assistência total, e, por último, codifica-se com 8, quando não ocorre a atividade, pelo que não deve usar-se este código no score da capacidade.

Relativamente à avaliação das AVD, apenas é avaliado o desempenho. As orientações são em muito semelhantes às dadas para a avaliação das AVDI. As atividades avaliadas são o desempenho para o banho (G2a.); higiene pessoal (G2b.); vestir-se da cintura para cima (G2c.); vestir-se da cintura para baixo (G2d.); andar (G2e.); locomoção (G2f.); transferência para a sanita (G2g.); uso da casa de banho (G2h.); mobilidade na cama (G2i.); e alimentação (G2j). A codificação é em todo igual à utilizada para as AVDI.

No item seguinte, G3a., é avaliado o modo principal de locomoção. Codifica-se com 0, quando o utente se move sem nenhum dispositivo de apoio, com 1, quando se move com algum tipo de dispositivo de apoio (canadiana, andarilho, etc), com 2, quando utiliza cadeira de rodas ou veículo motorizado, e, por último, com 3, quando está restrito ao leito.

No item G3b., é avaliada a cronometragem de uma caminhada de 4 metros, com o objetivo de estabelecer uma comparação para avaliações futuras. A codificação utilizada é de 30, quando o utente demora 30 ou mais segundos para andar 4 metros. A resposta é codificada com 77, sempre que o utente pára antes de terminar o teste. Utiliza-se o código 88 quando o utente recusou fazer o teste. Por último, é utilizado o código 99, sempre que o teste não é realizado por razões imputadas ao utente.

No item G3c., é avaliada a distância percorrida pelo utente, de uma só vez, sem se sentar nos últimos três dias, seja em casa, seja na comunidade, fazendo a pergunta ao utente e, se necessário, à família. Os códigos das respostas variam entre 0 e 5, correspondendo o 0 sempre que o utente não tenha caminhado; o código 1 quando caminhou menos de 5 metros; o código 2 quando caminhou entre 50 e 99 metros; o código 3 é utilizado sempre que o utente tenha caminhado mais que 100 metros, e, por último, o código 5, se caminhou mais de 1 quilómetro.

O item G3d. avalia a distância percorrida em cadeira de rodas, tendo por objetivo avaliar a independência do utente que usa cadeira de rodas, em casa ou na comunidade. É perguntado ao utente ou família a distância percorrida em cadeira de rodas em casa ou na comunidade, nos últimos três dias. A resposta pode variar entre o código 0 e o código 6. O código 0 é utilizado para as situações em que o sujeito é empurrado por outros. O código 1 é utilizado se o utente utiliza cadeira de rodas ou scooter motorizado. O código 2 se andou de cadeira de rodas menos de 5 metros. Se andou de 5 a 49 metros é codificado com o 3. O

código 4 é utilizado se o utente andou de cadeira de rodas entre 50 e 99 metros. Se andou mais de 100 metros, codifica-se com o 5, e, por último, codifica-se com o 6 caso não tenha usado a cadeira de rodas.

No item G4a. e G4b. avalia-se o nível de atividade do utente em termos de exercício físico nos últimos três dias. A atividade física é importante em termos de saúde, permitindo um maior tempo de permanência do utente em casa. Neste contexto, é necessário avaliar a motivação da pessoa para a prática de exercício físico, se existem barreiras à prática do mesmo, se é necessário fazer educação para a saúde, de modo a serem criadas as condições para a prática do mesmo. No item G4a. é avaliado o número de horas de exercício ou atividade física nos últimos três dias, como por exemplo caminhar. A resposta é codificada com 0 se não houve qualquer exercício ou atividade física nos últimos três dias. Se houve menos de 1 hora, a resposta é codificada com 1. Se entre 1 a 2 horas é codificada com 2. Se entre 3 e 4 horas com o código 3 e se mais de 4 horas com o código 4.

O item G4b. avalia o número de dias que o utente saiu de casa ou prédio nos últimos três dias. Aplica-se o código 0 se não saiu nenhum dia. O código 1 é aplicado se não saiu, mas é usual sair. O código 2 se o utente saiu 1 ou 2 dias, e, por último, o código 3 se saiu os três dias.

No item seguinte, G5., avalia-se a opinião do utente acerca da expectativa de melhoria do seu estado funcional bem como dos profissionais que interagem mais diretamente com o utente. O item G5a. reporta-se à opinião do utente e o G5b. à opinião do profissional. Codifica-se com 0 se a resposta é Sim, e codifica-se com 1 se a resposta é Não.

O item G6. avalia a mudança no desempenho das AVD básicas comparativamente a 90 dias atrás. Pode perguntar-se diretamente ao utente, ou à família, se necessário. Se melhorou, codifica-se com 0; se não se verificaram mudanças, codifica-se com 1; se piorou, codifica-se com 2; e, se não se consegue determinar, codifica-se com 3.

O último item desta seção G7. avalia a independência do utente na comunidade ao nível da sua capacidade de condução e se existe alguma limitação para a condução.

No item G7a. questiona-se se o utente conduziu ou não nos últimos 90 dias. Se Não, codifica com 0, se Sim, codifica-se com 1.

O item G7b. avalia se existiu alguma orientação para limitar a condução. Entre os idosos é comum conduzir, mas sem reunir condições para tal. Assim, e caso tenha havido limitações, deve ser encaminhado para consulta médica de avaliação. Se não houve orientações para não conduzir ou se não conduziu, codifica-se com 0; se houve orientações para a limitação de conduzir codifica-se com 1.

Seção H – Continência

Nesta seção são avaliados a continência urinária, a utilização de dispositivos de coleta urinária, continência fecal e utilização de pensos higiênicos e fraldas.

O objetivo desta avaliação pretende perceber qual o estado do utente nos últimos três dias, independentemente de existirem treinos de continência ou outro tipo de planos para melhoria a este nível. Como é sabido, a incontinência urinária ou fecal constitui um enorme problema para a pessoa, seja a nível físico, seja a nível psíquico, funcionando em algumas situações como um entrave à participação em atividades sociais. Assim, é importante o seu diagnóstico e tratamento, se possível, para melhorar o estado geral do utente.

O item H1. avalia a continência urinária do utente nos últimos três dias. A codificação varia entre 0 e 6. Se o utente é totalmente continente, a codificação é de 0. Se tem controle com qualquer cateter ou ostomia, a codificação é de 1. Se apenas tem episódios de incontinência raros, e não existentes nos últimos três dias, codifica-se com 2. Se apresenta incontinência ocasional, isto é, não é diária, a codificação é 3. Se o utente apresenta incontinência frequente mas ainda tem algum controle, codifica-se com 4. Se é incontinente e sem nenhum controle, codifica-se com 5, e, por último, se não ocorreu nenhuma saída de urina nos últimos três dias, codifica-se com 6.

No item seguinte, H2., é avaliada a utilização de algum dispositivo de coleta urinária, excluindo pensos higiênicos e fraldas. Se não utiliza nenhum dispositivo vai codificar-se com 1. Se utiliza cateter externo, exemplo do cateter do preservativo, codifica-se com 2. Se tem colocado cateter interno, vai codificar-se com 3 e, por último, se apresenta citostomia, nefrostomia ou ureterostomia, codifica-se com 4.

No item H3., é avaliada a continência fecal, e utiliza-se a mesma codificação usada na continência urinária.

O item H4. avalia o uso de pensos higiénicos ou fraldas. Se usa, codifica-se com 0, se não usa, codifica-se com 1.

Seção I – Doenças diagnosticadas

O objetivo desta seção prende-se com a avaliação da presença de doenças ou infeções que afetam o estado do utente ao nível funcional, cognitivo, humor e comportamento, tratamentos médicos, até ao risco de morte.

São de vários níveis as doenças diagnosticadas e previstas neste instrumento. Inicialmente são avaliadas as doenças ao nível músculo-esquelético: fratura do fémur nos últimos 30 dias (I1a.); outro tipo de fratura nos últimos 30 dias (I1b.).

Ao nível neurológico é avaliada a presença dos seguintes diagnósticos: doença de Alzheimer (I1c.); outros estados demenciais (I1d.); hemiplegia (I1e.); esclerose múltipla (I1f.); paraplegia (I1g.); doença de Parkinson (I1h.); tetraplegia (I1i.); Acidente Vascular Cerebral (I1j.).

Ao nível de doenças cardíacas e pulmonares, avalia-se a presença de: doença arterial coronária (I1k.); doença pulmonar obstrutiva crónica (I1l.); insuficiência cardíaca congestiva (I1m.).

Avalia-se também doenças do foro psiquiátrico, designadamente: ansiedade (I1n.); transtorno bipolar (I1o.); depressão (I1p.); esquizofrenia (I1q.).

De seguida é avaliada a presença de infeções como a pneumonia (I1r.) e infeção do trato urinário nos últimos 30 dias (I1s.).

Por último, avalia-se a presença de outros diagnósticos de doenças, designadamente cancro (I1t.) e diabetes (I1u.).

A codificação a estes itens varia entre 0 e 3. Codifica-se com 0, sempre que este diagnóstico esteja ausente. Com 1, quando se trata do diagnóstico principal e motivo para a prestação atual dos cuidados. Codifica-se com 2, sempre que se trate de um diagnóstico presente e o utente recebe tratamento ativo, e, por último, codifica-se com 3, sempre que o diagnóstico está presente, a doença está monitorizada, mas o utente não recebe tratamento.

No item I2. são diagnosticadas outras doenças não previstas no item anterior (I1.) e que são importantes para o estado atual do utente, devendo para isso preencher a lista prevista neste item com o respetivo código da Classificação Internacional de Doenças (CID).

Seção J – Condições de saúde

Nesta seção são avaliadas as condições de saúde ao nível de quedas e frequência de problemas de saúde a diversos níveis.

As quedas constituem uma das principais causas de morbilidade e mortalidade entre os utentes beneficiários do serviço de apoio domiciliário. O objetivo dos itens J1. e J2. é determinar o historial de quedas, para avaliar o risco de futuras quedas. No primeiro tem é avaliada a existência de quedas nos últimos 90 dias. Se não caiu nos últimos 90 dias, codifica-se com 0. Se caiu entre 31 e 90 dias atrás codifica com 1. Se caiu nos últimos 30 dias codifica-se com 2. Se teve duas quedas ou mais nos últimos 30 dias, codifica-se com 3. O item J2. avalia a ocorrência de quedas há mais de 30 dias, mas apenas se preenche se a ultima avaliação foi há mais de 30 dias, ou se esta é a primeira avaliação. Codifica-se com 0 se não ocorreu queda e com 1 se ocorreu a queda.

O item J3. avalia a frequência de um conjunto de problemas de saúde a diversos níveis observados nos últimos três dias. Ao nível do equilíbrio, avalia: a dificuldade ou incapacidade de se levantar e ficar em pé sem ajuda (J3a.); dificuldade ou incapacidade em virar-se para a direção oposta quando de pé (J3b.); tonturas (J3c.); e marcha instável (J3d.). Ao nível cardíaco e pulmonar avalia a frequência dos seguintes problemas: dor torácica (J3e.); dificuldade para eliminar secreções (J3f.). Ao nível psiquiátrico avalia: processo de pensamento anormal (J3g.); delírios (J3h.) e alucinações (J3i.). A nível neurológico avalia a presença de afasia (J3j.). A nível gastrointestinal, avalia a presença de refluxo ácido (J3k.); constipação (J3l.); diarreia (J3m.); e vômitos (J3n.). Outra área avaliada relaciona-se com o sono. Avalia-se se o utente apresenta dificuldade em adormecer ou se não tem um sono reparador (J3o.); ou se tem sono excessivo (J3p.). Outros problemas de saúde avaliados são: a presença de broncoaspiração (J3q.); febre (J3r.); sangramento no sistema gastrointestinal ou génito-urinário (J3s.); descuido na higiene (J3t.); e, por último, edema periférico (J3u.).

A codificação dos itens relativos à frequência dos problemas de saúde varia entre 0 e 4. Codifica-se com 0 sempre que o problema está ausente. Codifica-se com 1, quando o problema é presente, mas não nos últimos 3 dias. Codifica-se com 2 sempre que o problema está presente e foi observado num dos últimos três dias. Codifica-se com 3 se o

problema e esteve presente em dois dos últimos três dias. Por último, codifica-se com 4, quando o problema esteve presente diariamente nos últimos três dias.

O item J4. avalia a presença de dispneia. Se não existem sintomas, codifica-se com 0. Se a dispneia está ausente em repouso, mas surge sempre que o utente realiza atividades moderadas, codifica-se com 1. Sempre que a dispneia surge na realização de atividades normais do dia-a-dia codifica-se com 2. Se está presente também no repouso, codifica-se com 3.

De seguida é avaliada a fadiga (J5.). Este problema está normalmente associado à presença de algumas doenças crónicas. O conceito de fadiga reporta-se à dificuldade ou incapacidade para executar as atividades normais de vida diária, sejam básicas ou instrumentais. Se o utente não sentiu fadiga, codifica-se com 0. Se é mínima, isto é, sente alguma mas executa todas as tarefas, codifica-se com 1. Se é moderada, isto é, se devido à fadiga não é capaz de terminar as atividades normais do dia-a-dia, codifica-se com 2. Quando é grave, em situações em que devido à fadiga não consegue realizar algumas as atividades normais, codifica-se com 3. Codifica-se com 4 sempre que não consegue realizar qualquer atividade do dia-a-dia.

No item J6. são avaliados os sintomas da dor. Este item pode ser usado para identificar os indicadores da dor, bem como avaliar a resposta do utente a intervenções a este nível. A avaliação dos sintomas vai permitir o tratamento da dor, uma vez que, por vezes, se associa a dor a doenças crónicas e sem tratamento, ou quando não é tratada adequadamente. A dor é muito subjetiva, pelo que o utente deve ser questionado acerca da presença de dor, devendo ser valorizado sempre que um utente com problemas cognitivos verbalize ou evidencie sinais de sensação de dor.

No item J6a. é avaliada a frequência com que a pessoa se queixa ou demonstra evidência de dor. Se não tem dor, codifica-se com 0. Se a dor está presente mas não foi manifestada nos últimos três dias, codifica-se com 1. Se a dor se manifestou em um ou dois dos últimos três dias, codifica-se com 2. Se o utente manifestou diariamente dor nos últimos três dias, codifica-se com 3.

No item J6b. é avaliada a intensidade da dor de maior gravidade. Se não teve dor, codifica-se com 0. Se a dor foi leve, codifica-se com 1. Se foi moderada, codifica-se com 2. Se foi grave, codifica-se com 3. Se a dor foi insuportável, codifica-se com 4.

No item J6c. avalia-se a constância da dor. Se não existe dor, codifica-se com 0. Se apenas existiu um episódio único nos últimos três dias, codifica-se com 1. Se foi intermitente, codifica-se com 2, e se foi constante, codifica-se com 3.

Avalia-se também a existência de exacerbações dolorosas agudas (J6d.). Se nos últimos três dias não se verificaram exacerbações, codifica-se com 0, se Sim, codifica-se com 1.

Por último, é avaliado o controle da dor. Codifica-se com 0 nas situações em que não existe dor. Codifica-se com 1, quando a intensidade da dor é aceitável, não sendo necessário aplicar ou alterar as orientações médicas. Sempre que as dores estão controladas adequadamente pelas orientações, a codificação utilizada é 2. Quando as dores estão controladas apenas quando as orientações são seguidas, mas nem sempre como prescrita, codifica-se com 3. Por sua vez, codifica-se com 4 sempre que a terapêutica é seguida, mas o controle da dor não é adequado. Por fim, codifica-se com 5 quando não existe nenhuma orientação para o controle da dor e esta não está controlada.

No item J7. são avaliadas a instabilidade das condições de saúde. No item J7a. questiona-se se existiram condições de saúde ou doenças que originaram padrões instáveis de cognição, AVD, humor e comportamento. No item J7b. é avaliada a existência de episódio agudo ou agudização de um problema recorrente ou crónico. Por último, no item J7c. avalia-se a existência de doença terminal ou menos de seis meses de vida. A codificação varia entre 0 para a resposta Não e 1 para a resposta Sim.

No item J8. é efetuado um autodiagnóstico da saúde. Se o utente considera a sua saúde excelente, codifica-se com 0. Se refere que é boa, classifica-se com 1. Se é normal, com 2. Se pobre com 3, e se não pode ou não quer responder, codifica-se com 4.

O último item desta seção avalia o consumo de tabaco e álcool (J9.). O item J9a. avalia se o utente fuma tabaco diariamente. Se não fuma, codifica-se com 0. Se não fumou nos últimos três dias, mas é usual fumar diariamente, codifica-se com 1, e se fumou diariamente, codifica-se com 2.

Relativamente ao consumo de álcool, é avaliado o maior número de bebidas consumidas numa só ocasião nos últimos 14 dias (J9b.). Se não consumiu bebida nenhuma, codifica-se com 0. Se consumiu uma bebida, codifica-se com 1. Se variou entre duas e quatro bebidas, codifica-se com 2, se ingeriu cinco ou mais bebidas, codifica-se com 3.

Seção K – Estado oral e nutricional

O objetivo desta seção prende-se com a monitorização da nutrição, hidratação e peso, bem como com o estado oral, que também contribui em parte para o estado nutricional.

O item K1a. avalia a altura em centímetros. O item K1b. avalia o peso em quilogramas.

O item k2. avalia de um modo geral as questões nutricionais. O item K2a. avalia se houve perda de 5% ou mais de peso nos últimos 30 dias, e 10% ou mais nos últimos seis meses. O item K2b. avalia se o utente está desidratado. A avaliação da desidratação torna-se difícil e, por vezes, apenas com resultados analíticos é possível fazer esta avaliação, através da mediação da ureia e creatinina, que devem estar a >20mg/dl. Normalmente avalia-se este item com recurso à existência de vômitos frequentes. O item K2c. avalia a quantidade de líquidos ingeridos por dia, se menor que 1 litro por dia. O item K2d. avalia se a perda de líquidos excede a ingestão. As respostas variam entre 0 para a resposta Não, e 1 para a resposta Sim.

No item K3. é avaliado o modo de ingestão dos alimentos. Engolir em segurança pode ser afetado pela existência de diversas doenças bem como pelo declínio funcional. Alterações a este nível podem provocar aspiração de alimentos, o que pode conduzir a morbidade e até mesmo à mortalidade. A dificuldade em engolir requer alteração da consistência dos alimentos e líquidos, tendo em vista alimentar preferencialmente por via oral. Se o utente ingere todo o tipo de alimentos, codifica-se com 0. Se ingere líquidos e ingere sólidos de forma limitada, designa-se de independente modificada e codifica-se com 1. Se requer modificação da dieta para ingerir alimentos sólidos, codifica-se com 2. Se requer a modificação da dieta para a ingerir líquidos, codifica-se com 3. Se apenas é capaz de ingerir alimentos pastosos e líquidos espessados, codifica-se com 4. Quando se regista a combinação da alimentação oral, parenteral ou por sonda codifica-se com 5. Quando se alimenta apenas com recurso a tubo naso-gástrico codifica-se com 6. Para os casos da alimentação ser por tubo abdominal codifica-se com 7. Quando apenas se alimenta por via parenteral codifica-se com 8.

No item K4. é avaliado o estado dental e bucal do utente nos últimos três dias. A avaliação desta área é fundamental, uma vez que, por vezes, o utente não se alimenta do modo mais adequado devido à existência de problemas a este nível. O item K4a. avalia o

uso de prótese dentária amovível. O item K4b., se tem dentes quebrados, fragmentados ou soltos. O item K4c, se refere ter a boca seca. Por último, o item K4d., se refere ter dificuldade de mastigação. A codificação também varia entre 0 e 1, correspondendo o 0 à resposta Não e o 1 à resposta Sim.

Seção L – Condição da pele

Nesta seção pretende-se determinar o estado da pele, identificando a presença e estágio de úlceras, outro tipo de condições da pele, e problemas nos pés.

Trata-se de uma avaliação que requer colaboração do utente para a observação do estado da pele; caso contrário, ter-se-á de recorrer à informação de outros profissionais.

O item L1. avalia o grau mais elevado de ulcera de pressão nos últimos três dias. Se o utente não apresenta qualquer tipo de úlcera, vai codificar-se com 0. Se apresenta eritema constante, codifica-se com 1. Se tem perda parcial de pele, vai codificar-se com 2. Se apresenta úlceras profundas na pele, codifica-se com 3. Se existem ruturas na pele com exposição do osso ou músculo vai codificar-se com 4. Se existe uma escara necrótica predominante, vai codificar-se com 5.

O item L2. avalia se existe história de úlcera, uma vez que pode constituir um fator de risco.

Também se torna importante perceber se existe presença de úlceras de pele que não de pressão (L3.), como é o caso de úlceras venosas, se existem problemas de pele como lesões, queimaduras de 2º ou 3º grau (L4.), rasgos na pele ou cortes (L5.), ou outras condições da pele, como hematomas, erupções cutâneas, prurido, etc (L6.).

O item L7. avalia a existência de problemas nos pés ao nível de calos, dedos sobrepostos, joanetes, uma vez que podem constituir um impedimento para a mobilidade do utente. A codificação varia entre 0 e 4 e codifica-se com 0 quando não possui problemas. Com 1 se tem problemas, mas não existe nenhuma limitação no caminhar. Utiliza-se o código 2, para os casos em que existem problemas nos pés e limitações no caminhar. O código 3 sempre que os problemas nos pés impedem o sujeito de caminhar, e o código 4 quando existem problemas nos pés mas o utente não caminha por outros motivos.

Seção M – Medicação

Esta seção permite aos médicos avaliar potenciais problemas relacionados com o consumo ou falta de medicação, pelo que, nesta seção, é preenchida uma lista de medicamentos que foram tomados nos últimos três dias, tendo ou não prescrição médica.

A toma de alguns medicamentos pode provocar efeitos secundários diversos, sendo necessário uma avaliação cuidadosa da medicação e dosagens em uso.

No item M1. é criada uma listagem de todos os medicamentos com o nome do medicamento (M1a.), a dosagem (M1b.), as unidades (M1c.), a via de administração (M1d.), a frequência (M1e.), se é tomada conforme a necessidade ou se em SOS (M1f.), inserindo o código do medicamento (M1g.).

O item M2. avalia a alergia a algum medicamento, e o item M3. a adesão à prescrição dos medicamentos pelo médico. Se cumpre sempre a prescrição, codifica-se com 1; se apenas adere 80% das vezes ou mais, codifica-se com 2; se adere menos de 80% ou nem compra os medicamentos, codifica-se com 3, e se não existem medicamentos prescritos codifica-se com 4.

Seção N – Prevenção

O item N1. permite aos profissionais identificar onde o utente apresenta necessidades não satisfeitas ao nível da saúde e cuidados preventivos.

As áreas avaliadas são as seguintes: pressão arterial medida no último ano (N1a.); colonoscopia nos últimos 5 anos (N1b.); exame dentário no último ano (N1c.); exame oftalmológico no último ano (N1d.); exame auditivo nos últimos dois anos (N1e.); vacina contra a gripe no último ano (N1f.); mamografia/ecografia mamária nos últimos dois anos (para as mulheres) (N1g.); vacina de prevenção para a pneumonia nos últimos cinco anos ou após os 65 anos (N1h.).

Posteriormente, no item N2., são avaliados os tratamentos e programas recebidos ou programados nos últimos três dias, de modo a rever os tratamentos prescritos e determinar a adesão à sua prescrição. A codificação varia entre 0, que corresponde sempre que o tratamento não foi solicitado ou não ocorreu, até ter ocorrido diariamente nos últimos três dias. Os tratamentos avaliados são os seguintes: quimioterapia (N2a.); diálise (N2b.); controle de infeção (N2c.); medicação intravenosa (N2d.); oxigenoterapia (N2e.);

radioterapia (N2f.); aspiração de secreções (N2g.); cuidados na traqueostomia (N2h.); transfusão (N2i.); ventilador ou respirador (N2j.); e tratamento de feridas (N2k.).

Os programas avaliados são: terapia comportamental para a incontinência (N2l.); programa de cuidados paliativos (N2m.); programa de mudança de decúbito e reposicionamento (N2n.).

No item N3. é avaliado o número de dias que o utente usufruiu de cuidados formais bem como o total de minutos gastos pelo cuidado formal nos últimos 7 dias. O cuidado formal inclui os serviços prestados diretamente ao utente ao nível de apoio nas AVD e AVDI, e a prestação de cuidados terapêuticos.

Os cuidados avaliados são os seguintes: cuidados prestados por auxiliares de saúde (N3a.); por enfermeiro domiciliário (N3b.); prestação de serviços domésticos (N3c.); disponibilização do serviço de refeições (N3d.); serviços de fisioterapia (N3e.); serviços de de terapia ocupacional (N3f.); serviços de terapia da fala e de audiologia (N3g.); e terapia psicológica (N3h.).

O item N4. avalia o número de vezes que nos últimos 90 dias o utente se deslocou ao serviço de urgência e a consultas médicas. O N4a. avalia o número de vezes que se registou internamento com pernoite; no item N4b. o número de vezes de atendimento no serviço de urgência sem pernoite, e no item N4c., o número de vezes que teve a consulta ou visita médica.

O item N5. avalia a existência de restrições físicas como membros imobilizados, proteção na cama, e existência de cinto de imobilização.

Seção O – Responsabilidade

Esta seção avalia a existência de representante legal. Esta situação surge quando o utente está incapacitado na tomada de decisões.

Seção P – Suporte social

Esta seção é de extrema importância nos cuidados domiciliários, sobretudo nas situações em que o utente se encontra dependente funcionalmente, ou apresenta défice cognitivo.

No item P1a. avalia-se a relação de dois cuidadores principais (se existentes) com o utente. A relação pode variar entre filho ou filho legal, cônjuge, parceiro, pai ou tutor, irmão, outro parente, amigo, e vizinho.

O item seguinte P1b., avalia se os cuidadores coabitam ou não com o utente, bem como o tempo de convivência comum.

Se o cuidador apoia na realização das AVDI nos últimos três dias, é preenchido o item P1c., e se apoia na realização das AVD, preenche o item P1d.

Posteriormente é avaliado o estado do cuidador informal. O item P2a. avalia se os cuidadores se sentem incapazes de continuar a desempenhar/ajudar nas atividades. O item seguinte, P2b. avalia se os cuidadores expressam sentimentos de angústia, raiva ou depressão. O item P2c. avalia se a família ou amigos próximos expressam sentir-se esgotados pelo estado de saúde do utente.

No item P3. avalia-se o número de horas gastas pelo cuidado informal nos últimos três dias.

O item P4. questiona se existe uma relação forte e solidária do utente com a família.

Seção Q – Avaliação ambiental

Esta seção tem por objetivo avaliar se o ambiente da casa é ou não seguro para o utente aí poder manter-se em segurança.

Avalia-se se a casa se encontra em ruínas (Q1a.); se existem condições degradadas, isto é, se está suja ou infestada (Q1b.); se o aquecimento ou climatização é inadequado (Q1c.); se o utente sente falta de segurança pessoal (Q1d.); e se o utente tem acesso limitado à casa ou a algumas divisões.

No item Q2., questiona-se se o utente vive em apartamento ou casa adaptada, acessível a pessoas com deficiência.

O item Q3. avalia o ambiente externo da habitação, se o utente tem disponibilidade de assistência de emergência, por exemplo telefone (Q3a.); se tem acessibilidade ao supermercado sem ajuda (Q3b.); se tem disponibilidade de entrega no domicílio dos produtos de mercearia (Q3c.).

Por último, o item Q4. avalia a situação financeira do utente, questionando se devido a limitações financeiras a pessoa deixou de comprar e/ou obter bens ou serviços de primeira necessidade.

Seção R – Potencial para ter alta do serviço e estado geral

Esta seção permite identificar se algum dos objetivos estabelecidos pelo utente ou profissionais foram atingidos nos últimos 90 dias (R1.)

O item R2. avalia se a autossuficiência geral mudou comparativamente a 90 dias atrás, isto é, se melhorou, se não houve mudança, ou se piorou. Caso se codifique com 0 ou 1 passa para a seção S, se codificar com 2, preenche o resto desta seção.

O item R3. avalia qual o número, de entre as 10 AVD, em que o utente era independente antes da deterioração; o R4., o número de entre as 8 áreas das AVDI, e o R5. questiona quanto tempo decorreu desde o início do acontecimento ou problema relacionado com a deterioração. A codificação varia entre os últimos 7 dias a nenhum acontecimento que precipitasse o problema.

Seção S – Alta

Esta seção apenas é preenchida no caso de o utente vir a ter alta, com o preenchimento da data da alta e a residência no momento da avaliação.

Seção T – Informação sobre a avaliação

O item T1. corresponde à assinatura do avaliador e o item T2. à data da conclusão da avaliação.

O instrumento MDS-HC foi desenhado para ser utilizado por profissionais diferenciados designadamente enfermeiros, médicos, terapeutas diversos, assistentes sociais, entre outros. Apesar de não se tratar de um questionário, prevê o questionamento direto ao indivíduo, ou ao ser cuidador ou outros profissionais, quando aplicável. A informação é ainda recolhida através da observação do indivíduo, do seu meio ambiente e de documentos relacionados com o seu estado clínico (Heaney, Lydall-Smith, O'Connor & Tenni, 2003).

Como referido na descrição do instrumento, este tem integrado diversas escalas de avaliação, designadamente: a escala de avaliação funcional, seja das AVD seja das AVDI; a escala para avaliação do estado cognitivo, Cognitive Performance Scale (CPS); a escala para identificar o risco de declínio grave, Changues in Health, End-Stage Disease and

Signs and Symptoms (CHESS); a escala para avaliação de sintomas depressivos, Depression Rate Scale; e, por último, a escala de avaliação da dor, Pain Scale (Hawes, Fries, James & Guihan, 2007).

Para proceder ao cálculo dos RUG's, não foram utilizadas as escalas de avaliação do estado clínico (CHESS), a Depression Rate Scale, nem a escala de avaliação da dor, apesar da recolha de dados.

A escala de avaliação do estado funcional para a realização das AVD caracteriza os sujeitos entre o valor 0 (sem défice) até ao valor 6 (totalmente dependente). Os itens avaliados são o desempenho do sujeito em diversas áreas associadas às atividades básicas, designadamente, o banho, a higiene pessoal, o vestir-se da cintura para cima, o vestir-se da cintura para baixo, o andar, a locomoção, a transferência para a sanita, o uso da casa de banho, a mobilidade na cama e a alimentação.

A escala de avaliação das AVDI avalia também os sujeitos entre o valor 0 (sem défice) até ao valor 6 (totalmente dependente). Nesta área é avaliada, de forma separada, a capacidade e o desempenho dos sujeitos. Os itens avaliados são a preparação das refeições, as atividades domésticas, a gestão das finanças, a gestão da medicação, o uso do telefone, o subir escadas, o ir às compras e a utilização de transportes. Os scores variam assim entre o valor 0 e o 42, correspondendo os scores mais elevados a uma maior dependência.

A escala para avaliação do estado cognitivo, Cognitive Performance Scale (CPS), avalia o comprometimento da memória, o nível de consciência e capacidade de decisão através de scores que variam entre 0 e 6. O valor 0 corresponde ao estado cognitivo intacto; por seu lado, o valor 6 corresponde a um comprometimento cognitivo severo. Alguns estudos demonstraram a correlação entre esta escala e o Mini Mental State Examination (Morris et al., 1994 in Hawes, Fries, James & Guihan, 2007).

A acompanhar a utilização do instrumento está disponível um manual de instruções para preenchimento. Este manual dispõe de informação detalhada que facilita uma avaliação consistente e precisa no contexto comunitário. Oferece ainda instruções específicas para cada um dos itens, detalhando os objetivos de cada um, as definições e os procedimentos ou recursos onde o avaliador pode obter a informação pretendida. Para tal apresenta inúmeros exemplos para facilitar o preenchimento e garantir uma avaliação consistente (Heaney, Lydall-Smith, O'Connor & Tenni, 2003).

O tempo médio para aplicação a um novo utente do RAI-HC é de cerca de 60 minutos; contudo, este tempo pode variar em função do tipo de utente, uma vez que se pode tratar de utentes que necessitam de cuidados clínicos complexos, ou outros que apenas necessitam de apoio na execução das AVDI (Hawes, Fries, James & Guihan, 2007).

Relativamente ao grau de confiança e validade do instrumento, o RAI-HC tem apresentado graus de confiança elevados (Landi, *et al.*, 2000, citado por Hawes, Fries, James & Guihan, 2007); Kwan *et al.*, 2000). Hirdes & Carpenter (1997) referem níveis elevados de confiança do instrumento em todas as áreas, defendendo que diferentes técnicos avaliam os mesmos indivíduos, obtendo resultados muito semelhantes (Heaney, Lydall-Smith, O'Connor & Tenni, 2003).

Em termos de validade interna, os resultados de alguns estudos evidenciam também padrões elevados (Landi, *et al.*, 2000; Hirdes *et al.*, 1999). Segundo Morris *et al.*, (1997), o instrumento apresenta graus de confiança elevados para os serviços domiciliários, independentemente do tipo de clientes, culturas ou habilitações do avaliador.

Os itens e escalas do RAI-HC apresentam resultados muito semelhantes aos encontrados na Escala de Barthel para avaliação das AVD, na Escala de Lawton para avaliação das AVDI e no Mini Mental State Examination, para avaliação do estado cognitivo (Hawes, Fries, James & Guihan, 2007; Landi *et al.*, 2000).

Aliás, os scores da escala, segundo os autores, representam medidas válidas sobre a função física e estado cognitivo dos utentes, e os clínicos e os diferentes profissionais encaram o instrumento como útil e clinicamente relevante (Kwan, *et al.*, 2000; Leung, *et al.*, 2001, citado por Hawes, Fries, James & Guihan, 2007).

Ainda segundo os mesmos autores, este instrumento exige por parte dos profissionais um grande treino, assim como a disponibilização do manual do utilizador.

2.2.2 Resource Utilization Groups for Home Care RUG-III/HC

O RUG III/HC é um sistema de classificação de utentes, específico para os cuidados domiciliários e já descrito de forma pormenorizada no enquadramento teórico. Trata-se de um instrumento que também foi desenvolvido pelo consórcio internacional interRAI, que resulta num diagrama constituído por vários grupos, totalizando 23

subgrupos

(www.interrai.org/assets/files/Case-MixClassification/rug_iiihc_23_diagram.pdf).

Já referido e desenvolvido anteriormente, este sistema de classificação de utentes, utiliza sete grandes grupos para integrar os indivíduos. Da aplicação do MDS-HC também já apresentado anteriormente, os sujeitos vão ser integrados nos grupos, designados de Reabilitação especial; Serviços extensivos; Cuidados especiais; Complexidade clínica; Défice cognitivo; Problemas de comportamento e, finalmente, Função física reduzida.

Através de um código, desenvolvido também pelo consórcio internacional InterRAI, os sujeitos vão ser integrados nestes sete grupos de acordo com um conjunto de variáveis selecionadas, e, posteriormente, são integrados em subgrupos em função do seu desempenho nas AVD e AVDI, constituindo-se o referido diagrama com 23 subgrupos. Para a constituição dos 23 subgrupos são utilizadas quatro AVD e três AVDI.

O índice das AVD vai resultar dos scores relativos à capacidade do sujeito em quatro AVD, que são: i) a sua capacidade em deslocar-se ou mobilidade; ii) a sua capacidade para se cuidar (asseio); iii) a sua capacidade para alimentar-se; iv) e, por último, a sua capacidade nas transferências. Os resultados podem variar entre o valor quatro, que corresponde à independência dos sujeitos ou supervisão em todas as áreas, até ao valor 15 que, neste caso, corresponde à dependência total dos sujeitos também em todas as áreas (Hawes, Fries, James & Guihan, 2007).

Relativamente às AVDI, neste estudo apenas nos interessa o desempenho (e não a capacidade) dos sujeitos para a preparação das refeições, uso do telefone e preparação da medicação. Neste caso, os resultados podem variar entre o valor zero, que corresponde a sujeitos independentes e o valor três, que corresponde a sujeitos totalmente dependentes.

Quanto à escala de avaliação da performance cognitiva (CPS), todos os sujeitos que apresentam valores acima de três foram considerados como apresentando défice cognitivo.

A conjugação destas variáveis vai assim dar origem aos grupos que estão hierarquizados em termos de utilização de recursos e também de custos.

2.2.3 Cálculo dos custos

A obtenção dos custos por utentes foi calculada através da recolha do registo do tempo utilizado pelos diferentes profissionais envolvidos na prestação dos cuidados.

O registo de tempo foi realizado através do preenchimento de uma grelha semanal de registo, que incluiu a seguinte informação: identificação do utente, identificação do cuidado/tarefa(s) realizada(s), qual o profissional envolvido, a quantidade de tempo despendida e a data da prestação do cuidado/execução da tarefa (Carpenter, Perry, Chalis, Hope, 2002).

Nesta grelha foram registados diariamente todos os cuidados prestados ao sujeito e o tempo despendido pelos diferentes profissionais envolvidos, de modo a proceder ao cálculo dos custos associados.

Esta recolha de dados relativa ao tempo utilizado, foi monitorizada durante o período de 12 semanas. A definição deste prazo (12 semanas) é, segundo Poss, Hirdes, Fries, McKillop, & Chase (2008), representativa de períodos mais longos para avaliar os cuidados prestados.

Posteriormente, e para a obtenção do custo do serviço, o cálculo foi efetuado de acordo com a tabela remuneratória atual em vigor para os profissionais em início de carreira nas IPSS. Os profissionais envolvidos foram, neste caso, as prestadoras dos cuidados aos sujeitos, designadas de ajudantes de ação direta ou ajudante familiar domiciliária, dependendo da natureza jurídica da IPSS e que, para facilitação de leitura, se passam a designar de ajudantes domiciliárias. São estas profissionais que prestam os cuidados de higiene e conforto aos sujeitos, distribuem e apoiam nas refeições, procedem ao tratamento das roupas e limpeza habitacional. Realizam ainda tarefas de apoio nas atividades instrumentais da vida diária.

Relativamente aos técnicos, foram incluídos os técnicos de reabilitação e de enfermagem.

O valor calculado para as ajudantes domiciliárias foi de 4,30€/h, tendo também por base a tabela em vigor nas IPSS. Para os técnicos, o valor do custo hora foi de 7,85€/h. Incluíram-se aqui os enfermeiros e fisioterapeutas, dado serem os únicos técnicos a prestar cuidados neste estudo.

Relativamente ao cálculo do tempo utilizado pelo cuidado informal, este foi recolhido através da aplicação do instrumento MDS-HC. O instrumento prevê um item relativo ao registo do tempo que o cuidador informal refere utilizar nos últimos três dias no apoio ou realização das AVD e AVDI.

Neste caso, o valor base utilizado para o cálculo do custo do cuidado informal foi de cerca de metade do valor pago a uma ajudante domiciliária, tal como na investigação de Poss, Hirdes, Fries, McKillop & Chase (2008), que considerou ser este o valor razoável.

A análise estatística deste estudo foi feita com recurso ao programa IBM SPSS Statistics, versão 20.

2.3 Procedimentos

Numa fase inicial, procedeu-se a uma revisão da literatura relativa ao tema em estudo. Para a concretização deste estudo, foi solicitada autorização escrita para utilização deste instrumento para fins académicos ao responsável nesta área específica dos cuidados domiciliários do consórcio internacional InterRAI Assessment System, Ph.D. Brant Fries, tendo sido assinada, entre as partes, a licença de utilização.

Numa segunda fase, procedeu-se à tradução semântica do instrumento selecionado, o InterRAI Minimum Data Set-Home Care (MDS-HC).

Na fase seguinte, foram formalizados os pedidos de autorização às Direções das instituições selecionadas, para recolha de dados junto dos utentes, assim como de acesso a toda a informação necessária, apresentando-se o projeto de intervenção e quais os objetivos do estudo, através de documento escrito.

Posteriormente, foi realizada reunião com os responsáveis dos diferentes serviços, de modo a esclarecer e especificar os objetivos do estudo, dar a conhecer o instrumento de recolha de dados, e quais os procedimentos que iriam ser adotados para essa a recolha. Importa referir que todas as instituições contactadas acederam participar no presente estudo.

Depois da versão final completa, realizou-se um teste piloto a seis utentes para verificação da adequação semântica na formulação das questões, não sendo necessário proceder a alterações significativas no instrumento.

Como já referido, a recolha de dados foi feita pelo investigador, aplicando-se os instrumentos de recolha de dados a todos os sujeitos, cuidadores, participantes no estudo.

2.4 Procedimentos éticos

Ao longo deste processo foram mantidas as preocupações éticas com a recolha da informação.

Foi também explicado ao utente e/ou cuidador os objetivos do estudo. Todos os utentes, ou na sua impossibilidade, o cuidador informal, assinaram o consentimento informado para recolha dos dados. A informação recolhida foi para utilização exclusiva nesta investigação e não será de acesso a terceiros. A confidencialidade e privacidade dos utentes ficaram completamente salvaguardadas.

Será dado conhecimento de todos os resultados obtidos nesta investigação às Instituições intervenientes.

Capítulo IV - Apresentação e Discussão dos Resultados

Introdução

Neste quarto capítulo procede-se à apresentação dos resultados em função dos objetivos anteriormente definidos.

O primeiro vetor de análise diz respeito a estudos descritivos relativamente à constituição da amostra, serviços disponibilizados e a sua distribuição através dos RUG's específicos para os cuidados domiciliários.

No segundo vetor de análise, procede-se a uma análise do custo total do serviço de apoio domiciliário, constituindo-se também *Índices de case-mix*, para o custo formal, para o custo informal e para a congregação de ambos, estabelecendo também uma relação entre as variáveis do MDS-HC, que predizem um maior custo do serviço.

1. Estudos descritivos relativos à amostra

1.1 Caraterização sociodemográfica

Para a caraterização da amostra procedeu-se à sua análise descritiva. Através da análise da Tabela 2, relativa às variáveis sociodemográficas, a amostra em estudo é constituída por 164 sujeitos. Do total de sujeitos, 53% são do sexo feminino e 47% do sexo masculino.

A média de idades é bastante elevada, 76,2 anos (DP=12,96), sendo que o grupo de idades compreendido entre os 75 e 85 anos constitui o grupo mais representativo, com 39% dos sujeitos, seguido do grupo com mais de 85 anos, que apresenta um resultado de 27,5%.

Relativamente ao estado civil, 47,6% dos sujeitos são casados, 26,2% são viúvos e 22,6% são solteiros.

Em relação ao agregado familiar, os dados são relativamente coincidentes com o estado civil, pelo que 47% dos sujeitos reside com os seus cônjuges, 26,8% reside sozinho, 14% reside com outros parentes que não cônjuge ou filhos, e, por último, 12,2% dos sujeitos reside com os filhos.

Em relação à presença ou ausência de cuidador informal, verificam-se resultados muito próximos, isto é, cerca de metade dos sujeitos, 51,2%, não dispõe de cuidador informal, e 48,8% da amostra conta com o apoio de cuidador informal.

Relativamente às condições socioeconómicas dos sujeitos, 13,4% dos sujeitos vivem em habitações com fracas condições de habitabilidade, e 23,8% não conseguem deslocar-se dentro da habitação, resultante do acesso limitado dentro das próprias divisões da casa. Importa ainda referir que 22,6% dos sujeitos assumem ter problemas financeiros.

Tabela 2- Caraterização sociodemográfica

Variáveis sociodemográficas (n=164)	Total	
	n	%
Sexo		
Homens	77	47,0
Mulheres	87	53,0
Idade X (DP)	76,18 (12,96)	
<65	32	19,5
≥65 ≤75	23	14,0
>75<85	64	39,0
≥85	45	27,5
Estado Civil		
Solteiro(a)	37	22,6
Casado(a)	78	47,6
Viúvo(a)	43	26,2
Separado(a)	2	1,2
Divorciado (a)	4	2,4
Agregado familiar		
Sozinho(a)	44	26,8
Cônjuge	77	47,0
Filhos	20	12,2
Outros	23	14,0
Presença/ausência de cuidador informal		
Presença de cuidador informal	80	48,8
Ausência de cuidador informal	84	51,2
Condições socioeconómicas		
Habitação degradada	22	13,4
Acesso limitado na habitação	39	23,8
Problemas financeiros	37	22,6

1.2 Caraterização do estado de saúde e funcional

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 3, os principais diagnósticos de saúde da amostra revelam que 21,3% dos sujeitos sofreram AVC, 13,4% apresentam

diagnóstico de diabetes, 11,6% apresentam diagnóstico de doença de Alzheimer, 10,4% apresentam insuficiência cardíaca, fazendo terapêutica ajustada. Com pouco significado, 7,3% dos sujeitos estão paraplégicos ou hemiplégicos, e 5,5% sofrem de cancro. Relativamente a diagnósticos relacionados com o humor, 10,4% dos sujeitos referem sofrer de ansiedade e 6,1% de depressão. Também neste caso, os sujeitos tem medicação prescrita para a patologia.

Tabela 3 – Caraterização do estado de saúde e estado funcional

Caraterização da amostra	Total	
	N (164)	%
Principais Diagnósticos		
AVC	34	21,3
Diabetes	22	13,4
Doença de Alzheimer	19	11,6
Insuficiência Cardíaca	17	10,4
Hemiplegia/Paraplegia	13	7,3
Cancro	9	5,5
Ansiedade	17	10,4
Depressão	10	6,1
Cognitive Performance Scale - Défice cognitivo		
Sem Défice	96	58,5
Com Défice	68	41,5
Sintomatologia de Depressão		
Inexistente	150	91,5
Presente	14	8,5
Problemas comportamentais		
Sem problemas	130	79,3
Com problemas	34	20,7
Estado Funcional		
AVD Independente/Parcialmente dependente	105	64,1
AVD Dependente/Grande dependente	59	35,9
AVDI Independente /Parcialmente dependente	80	48,8
AVDI Dependente/Grande dependente	82	51,2
Continência Urinária		
Continente	106	64,6
Incontinente	58	35,4
Continência Fecal		
Continente	115	70,1
Incontinente	49	29,9

De seguida, foi efetuada uma análise do estado cognitivo/humor e funcional dos sujeitos de acordo com os resultados obtidos pela aplicação do instrumento MDS-HC. Analisados os resultados do estado cognitivo, conclui-se que 58,5% dos sujeitos não apresentam comprometimento do estado cognitivo, mas 41,5 apresentam problemas a este nível, o que se pode considerar como um valor bastante elevado.

Os resultados indicam também que, maioritariamente, os sujeitos não apresentam sinais de sintomatologia depressiva, contudo, 8,5% dos sujeitos parecem apresentar sintomatologia que, como referido, fazem medicação para a patologia.

Relativamente à presença de problemas comportamentais, os resultados obtidos da aplicação do instrumento indicam que, também aqui, maioritariamente os sujeitos não apresentam problemas, contudo, 20,7% dos sujeitos apresentam alterações comportamentais.

Em relação à avaliação do estado funcional dos sujeitos, e relativamente ao seu desempenho na realização das AVD, 35,9% dos sujeitos são dependentes ou grandes dependentes a este nível. Quanto ao seu desempenho na realização das AVDI, o nível de incapacidade aumenta. Verifica-se que mais de metade da amostra, 51,2% dos sujeitos, são dependentes ou grandes dependentes na realização das AVDI.

Avaliada a continência dos sujeitos, seja urinária seja fecal, maioritariamente os sujeitos são continentais. Contudo, 35,4% dos sujeitos sofrem de incontinência urinária e 29,9% de incontinência fecal.

2. Características do Serviço de Apoio Domiciliário

Analisado o tempo de permanência dos sujeitos no serviço de apoio domiciliário, este é bastante variável. Através dos resultados apresentados na Tabela 4, podemos concluir que o grupo mais representado é constituído pelos sujeitos que usufruem do serviço entre um e cinco anos, com um resultado de 57,3%. O grupo que a seguir está mais representado é constituído pelos sujeitos que usufruem do serviço há menos de um ano, com 33,6%. Cerca de 23,2% dos sujeitos são utentes do serviço entre cinco e dez anos e, por último, 4,9% dos sujeitos já estão a usufruir do serviço por um período superior a dez anos, o que evidencia que a amostra integra sujeitos portadores de patologias crónicas.

Quanto aos serviços prestados aos sujeitos, estes variam entre serviços associados apenas às AVD, serviços conjugados entre AVD e AVDI e, por último, serviços associados apenas às AVDI. A amostra integra ainda a prestação de cuidados de saúde.

Pela análise dos resultados observados ainda na Tabela 4, podemos afirmar que exatamente metade da amostra, 50% dos sujeitos, usufruem de todos os serviços, isto é, os quatro serviços disponibilizados pelo SAD, e que são, designadamente, o serviço de alimentação, o serviço de higiene pessoal, o serviço de tratamento de roupas e o serviço de limpeza habitacional.

Tabela 4. - Características do serviço de apoio domiciliário

Características do serviço (n=164)	Total	
	n	%
Tempo de permanência no SAD		
<1ano	24	14,6
≥1≤5	94	57,3
≥5≤10	38	23,2
≥10	8	4,9
Serviços Prestados		
Alimentação	42	25,6
Alimentação + higiene pessoal	13	7,9
Higiene pessoal	13	7,9
Apenas AVDI	14	8,6
Todos os serviços	82	50,0
Cuidados de Saúde	39	23,7

Os resultados obtidos indicam ainda que cerca de 25,6% dos sujeitos apenas usufruem do serviço de alimentação. Cerca de 7,9% dos sujeitos apenas usufruem do serviço de higiene pessoal, exatamente o mesmo valor dos sujeitos que associam o serviço de higiene pessoal com o serviço de alimentação.

Importa ainda ressaltar que cerca de 8,6% dos sujeitos usufruem apenas de serviços associados às AVDI, designadamente limpeza habitacional e tratamento de roupas.

Cerca de 23,7% dos sujeitos beneficiam também de serviços de saúde, maioritariamente serviços associados à enfermagem. Quanto aos serviços designados de

reabilitação, só o serviço de fisioterapia é disponibilizado a 1 sujeito e a terapia da fala e ocupacional não está representada na amostra em estudo.

3. Resultados da classificação da amostra segundo o sistema de classificação de utentes RUG-III/HC

De seguida, é apresentada a distribuição dos sujeitos pelos sete grupos do sistema de classificação de utentes RUG-III/HC e subgrupos, tal como está apresentado na Tabela 5.

Durante a recolha de dados para o nosso estudo empírico, foi perceptível que, pela constituição da amostra, não seria possível validar nem os sete grupos do modelo original, nem os 23 subgrupos, dadas as características muito próximas dos sujeitos, bem como dos serviços disponibilizados pelas instituições prestadoras de cuidados. De um modo geral, os sujeitos apresentam quadros clínicos muito semelhantes, sem utilizar cuidados de reabilitação e de enfermagem no domicílio.

Os grupos hierarquicamente superiores, integram os utentes que beneficiam de reabilitação muito intensiva e/ou diagnósticos clínicos complexos. Assim, a amostra integra sujeitos que pertencem aos quatro grupos hierarquicamente inferiores, isto é, em que existe uma menor alocação de recursos.

Os sete grupos do modelo original não estão representados de forma equitativa, sendo que alguns nem sequer estão representados na amostra, designadamente os grupos Serviços extensivo e Cuidados especiais. Como já referido, trata-se de uma amostra constituída por sujeitos que não apresentam patologias muito complexas, designadamente traqueostomias, presença de úlceras de pressão em estado avançado, utilização de medicação intravenosa, entre outros, pelo que também não exigem cuidados de saúde muito especializados.

Pelos resultados obtidos, e por ordem decrescente de representação da amostra, conclui-se que o maior número de sujeitos pertence ao grupo Funções Físicas reduzidas, com 71 sujeitos, onde se inclui todos os sujeitos não incluídos nos outros grupos e que apresentam uma menor utilização de recursos. Podemos afirmar que se trata de utentes que

apresentam como problema mais significativo apenas a dependência funcional, seja ao nível das AVD, seja das AVDI.

Em termos de representatividade da amostra, segue-se o grupo Déficit Cognitivo, com 54 sujeitos. Este grupo integra todos os sujeitos que não foram integrados nos grupos superiores em termos hierárquicos e que apresentam como diagnóstico mais evidente o déficit cognitivo, também associado à dependência, seja nas AVD, ou AVDI. O grupo designado de Complexidade clínica integra 18 sujeitos. Este grupo inclui sujeitos que apresentam diagnósticos que exigem alguns cuidados de saúde, associado também à dependência ao nível das AVD e AVDI. Por último, o grupo designado de Problemas comportamentais integra 17 sujeitos. Trata-se de um grupo que integra sujeitos que apresentam comportamentos desajustados, designadamente de deambulação, alucinações, comportamentos sociais desadequados, entre outros. A constituição dos subgrupos também depende da associação com a capacidade de execução das AVD e AVDI.

Tabela 5 – Distribuição dos sujeitos pelos Resource Utilization Groups (RUG-III/HC)

RUG-III/HC	N	%
Reabilitação Especial (Special Reabilitation)	1	0,6
RA_1	1	0,6
Complexidade Clínica (Clinically Complex)	18	10,9
CA_1	4	2,4
CA_2	14	8,5
Déficit Cognitivo (Impaired Cognition)	57	34,8
IA_1	3	1,8
IA_2	54	33,0
Problemas Comportamento (Behavior Problems)	17	10,4
BA_1	1	0,6
BA_2	15	9,2
BB	1	0,6
Funções Físicas Reduzidas (Reduced Physical Functions)	71	43,3
PD	71	43,3

O grupo Reabilitação especial apenas tem um sujeito, pelo que não foi considerado para o estudo. Para integrar este grupo, os sujeitos têm de receber mais de 120 minutos semanais de reabilitação, verificando-se apenas um caso.

Dois grupos não estão representados na amostra, designadamente Serviços extensivos e Cuidados especiais. O primeiro integra sujeitos que apresentam quadro clínico com traqueostomias e tratamentos respiratórios. O segundo integra sujeitos com quadros clínicos associados a úlceras de pressão de grau 3 ou 4, diagnósticos de esclerose múltipla, tratamentos de radioterapia, entre outros.

4. Distribuição do tempo utilizado pelos diferentes profissionais no RUG-III/HC

De seguida é efetuada uma análise relativa ao tempo gasto pelos diferentes profissionais envolvidos na prestação dos cuidados nos diferentes grupos. Esta análise está dividida em tempo gasto pelas ajudantes domiciliárias, enfermeiros e técnicos de reabilitação, incluindo-se neste último grupo os terapeutas da fala, os técnicos de fisioterapia e os terapeutas ocupacionais.

Pela análise da Tabela 6, e de um modo geral, pode afirmar-se que o grupo das ajudantes domiciliárias é o que apresenta uma maior utilização de tempo e está representado em todos os subgrupos presentes, pelo que a totalidade dos sujeitos da amostra usufrui de cuidados prestados pelas ajudantes familiares domiciliárias, seja no apoio/execução de tarefas associadas às AVDB, seja nas associadas às AVDI.

Assim, e relativamente às ajudantes domiciliárias, o grupo que utiliza em média mais tempo destes profissionais é o que inclui os sujeitos que apresentam Problemas Comportamentais, com uma média de 436,4 minutos por semana (DP=467,0), cerca de 62 minutos por dia. Seguem-se os grupos Défice Cognitivo com 366,7 minutos (DP= 297,7), cerca de 52 minutos por dia, o grupo Complexidade Clínica com 351,9 minutos (DP= 170,2), cerca de 50 minutos por dia, e, finalmente, o grupo Funções físicas reduzidas, com 228,3 minutos (DP= 188,2), cerca de 32 minutos por dia.

Tabela 6 – Distribuição do tempo médio, mínimo e máximo utilizado pelos profissionais e sua distribuição pelos 7 grupos RUG-III/HC

Grupos RUG-III/HC										
	Reabilitação Especial (Special Rehabilitation)		Complexidade Clínica (Clinically Complex)		Défice Cognitivo (Impaired Cognition)		Problemas Comportamento (Behavior Problems)		Funções físicas reduzidas (Reduced Physical Functions)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tempo Ajudantes Domiciliárias	1	0,6	18	10,9	57	34,8	17	10,4	71	43,3
Tempo Enfermagem	1	0,6	18	10,9	57	34,8	17	10,4	71	43,3
Tempo Reabilitação	1	0,6	18	10,9	57	34,8	17	10,4	71	43,3
X (minutos semana) (DP)										
Tempo Ajudantes Domiciliárias	140,0 (0,0)		351,9 (170,2)		366,7 (297,7)		436,4 (467,0)		228,3 (188,2)	
Tempo Enfermagem	20,0 (0,0)		12,2 (25,7)		10,3 (24,2)		3,5 (6,6)		3,9 (11,8)	
Tempo Reabilitação	0,0 (0,0)		0,0 (0,0)		0,0 (0,0)		3,5 (14,6)		1,3 (7,9)	
Mínimo (minutos semana)										
Tempo Ajudantes Domiciliárias	140,0		60,0		35,0		70,0		35,0	
Tempo Enfermagem	20,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
Tempo Reabilitação	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
Máximo (minutos semana)										
Tempo Ajudantes Domiciliárias	140,0		600,0		1470,0		1470,0		840,0	
Tempo Enfermagem	20,0		90,0		110,0		15,0		70,0	
Tempo Reabilitação	300,0		0,0		0,0		60,0		60,0	

Em relação ao tempo mínimo e máximo utilizado pelas ajudantes domiciliárias, este é muito variável. O mínimo é de 35m por semana, cerca de 5 minutos por dia, valores observados nos grupos Funções físicas reduzidas e Défice cognitivo. O tempo máximo utilizado por este grupo profissional é, por outro lado, bastante elevado. O valor mais alto observado é de 1470m por semana, cerca de 3h dia que pertence, com igual valor, ao grupo Défice cognitivo e Problemas comportamentais. Segue-se o grupo Funções físicas reduzidas com 840 minutos por semana (cerca de 2h dia) e, por último, o grupo Complexidade clínica, com 600m semanais (cerca de 1h 30m dia).

Relativamente ao tempo utilizado pelo serviço de enfermagem, de um modo geral é muito reduzido. O tempo médio mais alto utilizado é no grupo Reabilitação especial; contudo, este deixa de ter significado, dado que se trata de um grupo que é constituído apenas por um sujeito. Segue-se o valor médio mais elevado no grupo Complexidade clínica, com um tempo médio de 12,2 minutos na semana. O grupo Défice cognitivo apresenta um valor de 10,3 minutos por semana. O grupo Funções físicas reduzidas regista um valor médio de 3,9 minutos por semana e, por último, o grupo Problemas comportamentais, com 3,5 minutos por semana.

O tempo máximo de enfermagem registado é de 110 minutos por semana e pertence ao grupo Défice cognitivo, seguido do grupo Complexidade clínica, com 90 minutos por semana e, finalmente, o do grupo Funções físicas reduzidas, com 70 minutos por semana.

Importa ainda referir que não são prestados serviços de enfermagem à grande maioria dos sujeitos (apenas a 37), com um tempo mínimo de zero minutos.

Relativamente ao tempo utilizado pela reabilitação, seja física, da fala ou ocupacional, os resultados também não são significativos. A maioria dos sujeitos não usufrui de nenhum destes serviços. Aliás, o grupo Reabilitação especial, onde seguramente se deveriam encontrar sujeitos com reabilitação física, apenas se encontra um sujeito com 300m por semana de fisioterapia. Os outros dois serviços não estão sequer representados na amostra.

Regista-se ainda que a média do tempo de reabilitação é de 3,5 minutos por semana no grupo Problemas de comportamento e 1,3minutos no grupo funções físicas reduzidas, pelo que se conclui da quase nula representatividade destes serviços na amostra em estudo.

Na Tabela 7 estão apresentados os resultados relativos aos 23 subgrupos. Pelos resultados obtidos, mais uma vez foi possível perceber que nem todos subgrupos estão

representados na amostra. Os subgrupos, tal como já referido no enquadramento teórico, foram constituídos através das variáveis que constituem o instrumento MDS-HC e da validação de algumas AVD e AVDI.

Os resultados apresentados mantêm a tendência da tabela anterior. Através da análise da tabela, podemos verificar que o grupo Reabilitação especial apenas tem um sujeito, pelo que não tem significado. O grupo Complexidade clínica tem 18 sujeitos, na sua maioria, cerca de 14, pertencem ao subgrupo CA_2. Os sujeitos que se incluem neste subgrupo, para além de terem problemas de saúde complexos, neste caso estão também dependentes na execução das AVDI. Neste grupo, os dois subgrupos (CA_1 e CA_2) mantêm elevados registos de tempo das ajudantes familiares, sendo o subgrupo CA_2 o que apresenta valores médios mais elevados, cerca de 373,6 minutos por semana. Relativamente ao tempo de enfermagem, também este é superior no subgrupo CA_2, com um tempo médio de 14,6 minutos por semana.

No grupo Défice cognitivo, que apresenta um total de 57 sujeitos, maioritariamente os sujeitos incluem-se no subgrupo IA_2, com 54 sujeitos. Este subgrupo inclui sujeitos que apresentam défice cognitivo e também estão dependentes ao nível das AVDI, tal como no grupo anterior. O tempo médio utilizado pelas ajudantes familiares mantém-se elevado, cerca de 378 minutos por semana. Relativamente ao tempo médio utilizado pelo serviço de enfermagem, este é de 10,9 minutos por semana, com um tempo máximo de 110 minutos, cerca de duas horas na semana.

Seguindo para a análise dos resultados no grupo Problemas de comportamento, o subgrupo mais representado é o BA_2, com 15 sujeitos num total de 17. À semelhança dos grupos anteriores, este subgrupo inclui sujeitos que apresentam problemas de comportamento e estão dependentes ao nível das AVDI. É neste subgrupo que se concentra a maior utilização do tempo despendido pelas ajudantes familiares, com um tempo médio de 453 minutos por semana. Neste subgrupo, o tempo de enfermagem não é significativo, cerca de 3,3 minutos por semana, com um valor máximo de 15 minutos. Neste grupo, BA_2, estão ainda incluídos sujeitos que usufruem dos serviços de reabilitação, mas com resultados pouco significativos, um tempo médio de 4 minutos na semana, com um valor máximo de 60 minutos semanais.

Tabela 7 - Distribuição do tempo médio, mínimo e máximo utilizado pelos profissionais e sua distribuição pelos 23 grupos RUG-III/HC

	RUG-III/HC								
	Special Rehabilitation RA_1	Clinically CA_1	Complex CA_2	Impaired Cognition		Behavior Problems			Reduced Physical Functions PD
				IA_1	IA_2	BA_1	BA_2	BB	
N									
Tempo Auxiliares	1	4	14	3	54	1	15	1	71
Tempo Enfermagem	1	4	14	3	54	1	15	1	71
Tempo Reabilitação	1	4	14	3	54	1	15	1	71
X (minutos/semana) (DP)									
Tempo Auxiliares	140,0 (0,0)	276,3 (206,4)	373,6 (160,5)	153,3 (73,71)	378,5 (301,2)	210,0 (0,0)	453,3 (495,2)	409,0 (0,0)	228,4 (188,2)
Tempo Enfermagem	20,0 (0,0)	3,75 (7,7)	14,6 (28,7)	0,0 (0,0)	10,9 (24,8)	0,0 (0,0)	3,3 (6,2)	15,0 (0,0)	3,9 (11,8)
Tempo Reabilitação	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	4,0 (15,5)	0,0 (0,0)	1,3 (7,9)
Mínimo (minutos/semana)									
Tempo Auxiliares	140,0	60,0	150,0	70,0	35,0	210,0	70,0	0,0	0,0
Tempo Enfermagem	20,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tempo Reabilitação	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Máximo (minutos/semana)									
Tempo Auxiliares	140,0	465,0	600,0	210,0	1470,0	210,0	1470,0	409,0	840,0
Tempo Enfermagem	20,0	15,0	90,0	0,0	110,0	0,0	15,0	15,0	70,0
Tempo Reabilitação	300,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	60,0	0,0	60,0

*<0,05/**p<0,001

Por último, no grupo Funções físicas reduzidas, de cinco subgrupos que este grupo apresenta, está representado apenas um subgrupo, o PD, onde estão incluídos a totalidade dos sujeitos deste grupo, um total de 71. Neste subgrupo incluem-se os sujeitos que estão totalmente dependentes ao nível das AVD. O tempo médio utilizado pelas ajudantes familiares é o mais baixo, cerca de 228 minutos por semana. O tempo médio utilizado pelos serviços de enfermagem e reabilitação são também pouco significativos, 3,9 minutos e 1,3 minutos, respetivamente, com um valor máximo para a enfermagem de 70 minutos e para a reabilitação de 60 minutos semanais.

5. Distribuição do custo informal pelo no sistema RUG-III/HC

Para que se pudesse proceder ao cálculo do custo total do serviço, e como já referido anteriormente, em contexto domiciliário, o cuidado formal não constituiu exclusivamente a determinante do custo do serviço. O cuidado informal constitui uma variável com um peso significativo no cálculo do custo total.

Relativamente ao tempo utilizado pelo cuidado informal, tal como também já referido anteriormente, o mesmo foi calculado através do registo do tempo utilizado nos últimos três dias pelos cuidadores informais. Pela análise da Tabela 8, podemos observar que, em todos os grupos representados, registou-se a existência do cuidado informal. A maior utilização do cuidado informal verificou-se no grupo Défice cognitivo com um total de 20,6 horas (1240 minutos) nos últimos três dias. Segue-se o grupo Problemas comportamentais com um total de 16,6 horas (1000 minutos). O grupo Complexidade clínica apresenta um total de 10,5 horas (630 minutos) e, por último, o grupo Funções Físicas Reduzidas apresenta um total de 3 horas (180 minutos) de utilização de cuidado informal nos últimos três dias. Estes resultados apontam para um nível de significância de 0,000*, o que traduz uma relação muito forte entre o RUG e a utilização do cuidado informal.

Ainda de acordo com os resultados apresentados na Tabela 8, procedeu-se à análise da variância entre os grupos (RUG's) e o tempo utilizado pelo cuidado informal, pelas ajudantes domiciliárias, pelos serviços da enfermagem e, finalmente, o utilizado pelos serviços da reabilitação, que constituem, em suma, o custo total do serviço.

Tabela 8 – ANOVA do tempo do cuidado informal, ajudantes domiciliárias, enfermagem e reabilitação pelos grupos RUG-III/HC

	Clinically Complex			Behavior Problems			Impaired Cognition			Reduced Physical Functions			F	gl	sig	Post-Hoc Tukey HSD
	n	x	dp	n	x	dp	n	x	dp	n	x	dp				
Tempo																
Cuidado Informal (3 últimos dias)	18	630m (10,5h)	(11,9)	57	1240m (20,6h)	(21,6)	17	1000m (16,6h)	(17,7)	71	180m (3h)	(7,8)	14,7	162	0,000**	
Tempo Aj. Domiciliária	18	351,9m	(170,2)	57	366,7m	(297,7)	17	436,4m	(467)	71	228,4m	(188,2)	4,4	162	0,005*	Rug2> RUG1 Rug2> RUG3
Tempo Enfermagem	18	12,2m	(25,7)	57	10,4m	(24,2)	17	3,5m	(6,6)	71	3,9m	(11,8)	1,9	162	0,125	NS
Tempo Reabilitação	18	0,0m	(0,0)	57	0,0m	(0,0)	17	3,5m	(14,6)	71	1,3m	(7,9)	1,3	162	0,283	NS

*<0,05/**p<0,001

Importa referir que, dado que o grupo Reabilitação especial apenas tinha um sujeito, o mesmo foi retirado para o cálculo do tempo, resultando apenas em 4 grupos finais, e que são, designadamente, Complexidade clínica, Défice cognitivo, Problemas de comportamento e Funções físicas reduzidas.

De acordo com os resultados obtidos neste estudo, podemos afirmar que o RUG-III/HC apresenta dados que explicam a variância no tempo utilizado pelo cuidado informal e pelas ajudantes familiares domiciliárias, com níveis de significância no caso do tempo do cuidado informal inferior a 0,001, e no caso das ajudantes domiciliárias de 0,05. Estes resultados indicam que o tempo prestado pelo cuidado informal vai aumentando consoante aumenta a hierarquia dos grupos. O mesmo processo acontece relativamente ao tempo utilizado pelas ajudantes domiciliárias.

Da análise dos resultados, pode afirmar-se ainda que, relativamente ao tempo utilizado pelas ajudantes familiares, existe relação entre o tempo utilizado por estes profissionais e os RUG's. Como já analisado anteriormente, é o grupo Problemas comportamentais o que utiliza mais tempo das ajudantes domiciliárias, seguindo-se todos os outros grupos. Analisado o resultado do nível de significância ($p < 0,005^*$), este evidencia uma relação direta entre os RUG's e a utilização do tempo por estas profissionais.

Os restantes serviços formais não revelaram resultados significativos no cálculo dos RUG's, designadamente o tempo de enfermagem e o tempo da reabilitação.

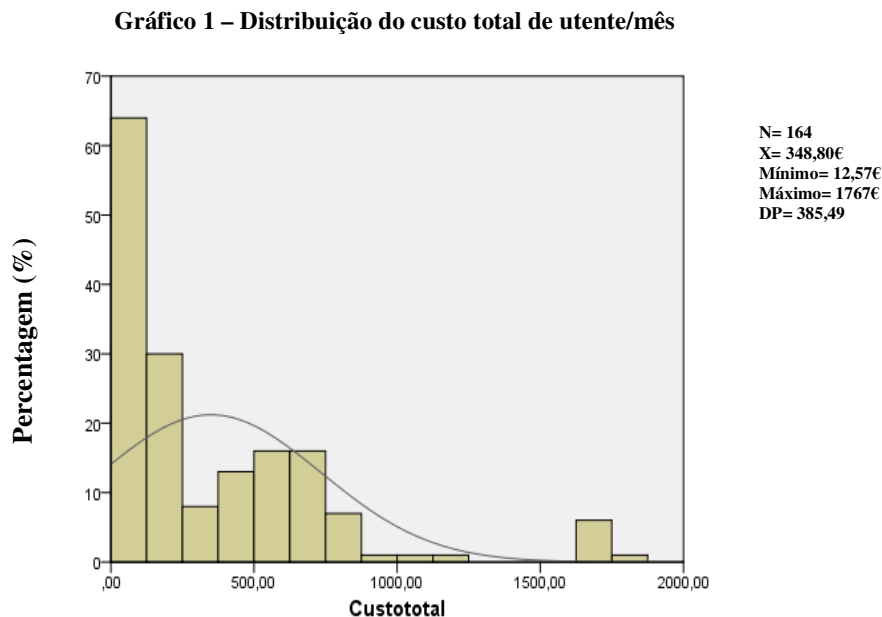
6. Variância do custo total do serviço explicada pelo modelo de classificação RUG-III/HC

De seguida, foi realizada a análise da variância do custo total do serviço através do modelo de classificação de utentes RUG-III/HC. O custo total do serviço foi calculado pela associação entre o custo do cuidado formal, que inclui o custo com as ajudantes domiciliárias e técnicos de saúde e reabilitação, e os custos derivados dos cuidados prestados pelos cuidadores informais.

Importa ressaltar que no estudo desenvolvido por Poss, Hirdes, Fries, McKillop & Chase (2008), o custo do cuidado formal incluía sete áreas, designadamente os cuidados

pessoais, os cuidados de enfermagem, a terapia ocupacional, a fisioterapia, a terapia da fala, o trabalho social e a nutrição, contexto, bem mais abrangente que a realidade portuguesa.

Através da análise do Gráfico 1, é possível concluir que os resultados obtidos apresentam uma média do custo total de 348,80€ (DP=385,49), variando entre 12,57€ e 1767,19€. O valor da mediana é inferior ao da média, pelo que em algumas análises foi utilizada transformação logarítmica da variável dependente (custo total).



Importa lembrar que do sistema de classificação de utentes original composto por sete grupos, apenas foram selecionados quatro, dado que a amostra apenas integrava número significativo de sujeitos para a constituição dos quatro grupos já referidos anteriormente.

Através dos resultados apresentados na Tabela 9, é possível concluir que os RUG's explicam 25,7% do custo total do serviço no SAD. Este resultado deriva da proximidade dos sujeitos em termos de características, estando um grande número de sujeitos concentrado no grupo Funções físicas reduzidas.

Tabela 9 - Anova para logaritmo do custo total do serviço através do RUG-III/HC

Variáveis		B	SE	BETA	t	sig.	Intervalo Confiança (95%)	
Modelo 1	R = 0,507 R2=0,257							
(Constante)		1,695	0,83		20,353	0,000**	1,530	1,859
RUG-III/HC		0,259	0,35	0,507	7,458	0,000**	0,190	0,377

*<0,05/**p<0,001

7. Constituição de Índices de Case Mix para Custo Informal, Formal e Formal mais Informal

Procedeu-se de seguida à análise da constituição dos *Índices de Case Mix* para o custo informal, para o custo formal e também para o custo total, que inclui os dois anteriores (formal e informal).

A análise dos resultados apresentados na Tabela 10 permite concluir que, relativamente ao custo formal, este é superior no grupo Problemas de comportamento, com um valor de 1,23. Segue-se o grupo Déficit Cognitivo, com um valor de 1,21; o grupo complexidade Clínica com um valor de 1,17 e, por último, o grupo Funções Físicas Reduzidas, que apresenta um valor de 0,74. De um modo geral, estes resultados vêm ao encontro do previsível em termos de consumo de recursos, com valores mais elevados nos grupos superiores, apesar do grupo Problemas de comportamento, neste caso, apresentar o valor mais elevado.

Relativamente ao custo do cuidado informal, os custos mais elevados registam-se no grupo Déficit Cognitivo, com 1,81, seguido dos Problemas comportamentais, com um

valor de 1,46. O grupo Complexidade clínica regista um valor de 0,91, e, por último, o grupo Funções Físicas Reduzidas, com valores bastante abaixo do valor médio, na ordem de 0,26.

Tabela 10 – RUG-III/HC e *Case Mix Index* para Custo Informal, Formal e Formal mais Informal

RUG-III/HC Groups	Distribuição % (N)	Custo Informal CMI	Custo Formal CMI	Custo Formal e Informal CMI
Reabilitação especial (Special Rehabilitation)	1 (0,6)	——	——	——
Complexidade Clínica (Clinically Complex)	10,9 (18)	0,91	1,17	0,99
Défice Cognitivo (Impaired Cognition)	34,8 (57)	1,81	1,21	1,64
Problemas Comportamento (Behavior Problems)	10,4 (17)	1,46	1,23	1,39
Funções Físicas Reduzidas (Reduced Physical Functions)	43,3 (71)	0,26	0,74	0,40
Total	100,0 (164)	1,00	1,00	1,00

Quanto ao custo total, resultante da junção entre o cuidado formal e o cuidado informal, os resultados obtidos seguem a mesma orientação anterior. Assim, o grupo Déficit cognitivo apresenta valores mais elevados (1,64), e o grupo Funções físicas reduzidas mantém a tendência de custos mais baixos, como aliás seria expectável, dado que se trata do grupo inferior neste sistema de classificação de utentes.

Pela comparação com os resultados obtidos no estudo desenvolvido por Poss, Hirdes, Fries, McKillop & Chase (2008), conclui-se que este segue a mesma orientação no custo total, isto é, o custo do cuidado informal vai constituir um elemento determinante no custo total do serviço.

De um modo geral, pode observar-se que os resultados evidenciam um custo muito elevado com o cuidado informal no custo total do serviço, sobretudo nos grupos Déficit cognitivo e Problemas Comportamentais.

8. Análise do Custo Total do serviço/variáveis do MDS-HC

Posteriormente, foi efetuada uma análise da relação entre o custo total do serviço de apoio domiciliário, como variável dependente, e as variáveis do MDS-HC, como variáveis independentes, no sentido de avaliar o nível de significância e a qualidade da predição de custos. A variável dependente, custo total, inclui o tempo mensal utilizado pelas auxiliares de ação direta/ajudantes familiares domiciliárias, pelos serviços de enfermagem, pelos serviços de reabilitação, e também pelo cuidado informal.

Como já referido anteriormente, foi necessário realizar uma transformação logarítmica da variável dependente.

8.1 Variáveis Sociodemográficas

Inicialmente foram analisados os resultados entre as variáveis sociodemográficas e o custo total do serviço, como variável dependente, representado na Tabela 11. A primeira variável analisada foi o sexo, apontando os resultados do custo total do serviço (mensal) para o sexo masculino com uma média de 337,02€ (DP= 44,71) e para o sexo feminino com uma média de 131,11€ (DP= 36,84). Realizada regressão linear entre as duas variáveis, conclui-se existir relação entre o sexo e o custo total de utente, com um nível de significância de 0,002**, pelo que parece que o sexo masculino predirá um maior custo do serviço.

Relativamente à relação entre as variáveis custo real do serviço e a variável idade, a média do custo total do serviço é de 348,80€ (DP= 385,49) e a média da idade é de 76,18 (DP= 12,95). Os resultados obtidos não evidenciaram relação entre o custo total do serviço e a idade dos sujeitos.

Quanto à relação entre o custo total e a constituição do agregado familiar, os resultados obtidos apontam para uma média do custo total do serviço destinado aos sujeitos que residem sós de 193,53€ (DP=188,48) e dos sujeitos que vivem acompanhados de 405,73 (DP=423,32). Realizada regressão linear entre as duas variáveis, conclui-se existir relação entre o custo total de utente e o seu agregado familiar, com um nível de significância de 0,04*, pelo que parece que os sujeitos que vivem acompanhados predirão um maior custo do serviço.

Tabela 11 - Variáveis sociodemográficas/custo total do serviço

Variáveis	Beta	SE	.sig	Intervalo Confiança (95%)	
Sexo (1)	0,242	3,170	0,002*	0,102	0,440
Idade	0,137	1,757	0,081	-0,001	0,013
Agregado Familiar (2)	0,160	2,064	0,041*	0,009	0,395
Presença de cuidador informal (3)	-0,783	-16,026	0,000**	-0,984	-0,768

(1)Variável dummy Mulher= 1

(2)Variável dummy Viver acompanhado=1

(3) Variável dummy Presença Cuidador=1

*<0,05/**p<0,001

Efetuada a análise entre o custo total do serviço e a variável presença/ausência de cuidador, os resultados apontaram para uma média do custo total do serviço na presença de cuidador de 613,27€ (DP= 44,64) e na ausência de cuidador de 96,92€ (DP= 10,04). Analisados os resultados da regressão linear, podemos concluir existir relação entre o custo total do serviço e a presença de cuidador, predizendo esta variável, presença de cuidador, um maior custo do serviço, com um nível de significância de 0,000**.

8.2 Relação custo total do serviço/serviços prestados

Foi realizada a análise da relação entre o custo total do serviço com a variável tempo no serviço (Tabela 12). A média do custo total do serviço é de 348,80€ (DP=385,49) e a média do tempo no serviço é de 3 anos e 8 meses (DP=3,42). Efetuada regressão linear entre as variáveis, não se registou relação significativa entre estas.

Realizada a análise da relação entre o custo total do serviço e os serviços disponibilizados, os resultados apontam para uma média do custo total do serviço quando apenas é disponibilizado o serviço de alimentação, de 201,75€ (DP= 39,90), e de 399,43€ (DP= 37,05), quando são disponibilizados serviços que não a alimentação, ou que também

incluam o serviço de alimentação. Os resultados da regressão linear entre estas variáveis com um nível de significância de 0,000**, parecem apontar para que o custo total do serviço seja superior, quando estão disponibilizados outros serviços que não o da alimentação, ou mesmo quando o mesmo está incluído, neste último caso previsível.

Tabela 12 - Variáveis associadas ao Serviço de Apoio Domiciliário

Variáveis	Beta	SE	.sig	Intervalo Confiança (95%)	
Tempo no SAD (1)	0,065	0,835	0,405	-0,104	0,256
Serviços prestados (2)	0,354	4,824	0,000**	0,268	0,640

(1) Variável dummy Tempo de Serviço até 1 ano=0

(2) Variável dummy Serviço alimentação=0

*<0,05/**p<0,001

8.3 Estado Cognitivo/Humor

Foi analisada a relação entre o custo total do serviço e o estado cognitivo/humor dos sujeitos. Os resultados indicam que a média do custo total do serviço nos sujeitos que apresentam estado cognitivo comprometido é de 576,91€ (DP=54,83) e que reduz para 187,23€ (DP=22,16) nos sujeitos que não apresentam estado cognitivo comprometido.

Relativamente aos indicadores de possível depressão, ansiedade ou tristeza e de acordo com os resultados obtidos na sua relação com o custo do cuidado informal, a média do custo total do serviço dos sujeitos que revelam sintomas de possível depressão é de 699,97€ (DP=127,14) e o custo do serviço prestado aos sujeitos sem sintomatologia reduz para 316,02€ (DP=29,46). Após a realização da regressão linear os resultados parecem indicar uma relação muito forte entre estas variáveis com um nível de significância de 0,000**, tal como apresentado na Tabela 13.

Tabela 13 – Estado Cognitivo e Humor/ Custo total do serviço

Variáveis	Beta	SE	.sig	Intervalo Confiança (95%)	
Estado cognitivo comprometido	0,110	1,403	0,163	-0,228	1,344
Depressão (2)	0,274	3,633	0,000**	0,253	0,848
Sintomas comportamentais (3)	0,178	2,301	0,023*	0,035	0,456

(1)Variável dummy Estado cognitivo intato=0

(2)Variável dummy Sem Depressão=0

(3) Variável dummy Sem problemas de comportamento=0

*<0,05/**p<0,001

Realizada a análise entre as variáveis custo total do serviço e problemas de comportamento dos sujeitos, os resultados apontam para um custo total médio do serviço de 409,96€ (DP=57,28) quando os sujeitos apresentam problemas comportamentais e de 332,81€ (DP=34,86), quando os sujeitos não apresentam problemas. Através da análise da Tabela 11, e efetuada a regressão linear entre estas duas variáveis, os resultados revelam nível de significância de 0,023, pelo que se poderá afirmar existir uma relação entre o custo total do serviço e a presença de problemas de comportamento dos sujeitos.

8.4 Estado Funcional/custo total do serviço

Foi analisada também a relação entre o estado funcional dos utentes e o custo total do serviço, tal como demonstrado na tabela 14. Os resultados indicam que a média do custo total do serviço dos sujeitos que apresentam dependência elevada a total ao nível das AVDI é de 578,67€ (DP= 45,14) e dos sujeitos que não apresentam dependência ou dependência ligeira ao nível das AVDI é de 119,51€ (DP= 17,87). Analisada a relação entre estas duas variáveis, os resultados parecem indicar uma relação muito forte entre ambas, pelo que o nível de significância é de 0,000**.

Ao nível das AVD os resultados indicam que a média do custo total do serviço é de 627,07€ (DP= 53,68) para os sujeitos que apresentam graus de dependência elevados ao nível das AVD, e de 192,44€ (DP=25,72) para os sujeitos que não apresentam

dependência, ou apresentam dependência ligeira. Também aqui, analisada a relação entre estas duas variáveis, os resultados parecem indicar uma relação muito forte entre ambas, pelo que o nível de significância é de 0,000**.

Tabela 14 – Estado Funcional/ Custo total do serviço

Variáveis	Beta	SE	.sig	Intervalo Confiança (95%)	
AVDI (1)	0,737	13,808	0,000**	0,709	0,946
AVD (1)	0,625	10,077	0,000**	0,582	0,865
Continência Urinária (2)	0,504	8,253	0,000**	0,484	0,789
Continência Fecal (2)	0,559	8,575	0,000**	0,526	0,840

(1)Variável dummy Independente/Parcialmente dependente=0

(2) Variável dummy Continente= 0

*<0,05/**p<0,001

Através da análise dos resultados obtidos relativamente à continência urinária e o custo total do serviço, a média do custo total dos sujeitos continentes é de 205,60€ (DP=25,55) e sobe para 610,51 (DP=57,19) quando os sujeitos são incontinentes. Analisada a relação entre as duas variáveis, também parece existir uma relação muito forte entre ambas, demonstrado pelo nível de significância de 0,000**.

Relativamente à relação entre a continência fecal e o custo total do serviço, a média do custo total dos sujeitos continentes é de 222,67€ (DP=28,12) e sobe para 644,82 (DP=57,35) quando os sujeitos são incontinentes. Analisada a relação entre as duas variáveis, também aqui parece existir uma relação muito forte, demonstrada pelo nível de significância de 0,000**.

8.5 Doenças diagnosticadas/ Custo total do serviço

De seguida, foi analisada a relação custo total do serviço com as doenças diagnosticadas. Os dados apontam para resultados significativos entre o custo total do serviço e algumas doenças diagnosticadas. Neste seguimento, é efetuada análise das variáveis em estudo, a média do custo total dos serviços dos sujeitos que não sofreram fraturas é de 340,00€ (DP=29,22) e aumenta para 1637,45€ quando os sujeitos sofreram algum tipo de fraturas nos últimos 30 dias.

Analizada a relação entre o custo total do serviço e o diagnóstico de doença de Alzheimer, os resultados indicam que a média do custo total do serviço em sujeitos não portadores da doença de Alzheimer é de 311,12€ (DP=32,31) e aumenta para 636,33€ (DP=76,07) quando os sujeitos são portadores da doença. Analisada a relação entre estas variáveis, os resultados apontam para um nível de significância de 0,000**.

Relativamente ao diagnóstico de outros estados demenciais, os resultados vão na mesma linha. Assim, e para os sujeitos não portadores de outros estados demenciais, o custo total do serviço é de 311,57€ (DP=27,47) e aumenta para 670,76€ (DP=149,35) nos sujeitos portadores deste diagnóstico. Analisada a relação entre as variáveis, os resultados apontam para um nível de significância de 0,010*.

Nos sujeitos não portadores do diagnóstico de hemiplegia, o custo total do serviço é de 315,70€ (DP=29,52) e aumenta para 733,20€ (DP=124,07) quando os sujeitos são portadores deste diagnóstico. Também aqui, analisada a relação entre as duas variáveis, os resultados são altamente significativos, com um nível de significância de 0,000**.

De seguida, analisada a relação entre o custo total do serviço e a presença do diagnóstico de paraplegia, nos sujeitos não portadores do diagnóstico o custo total do serviço é de 332,81€ (DP=29,41) e aumenta para 857,22€ (DP=240,94) nos sujeitos portadores deste diagnóstico. Analisada a relação entre as duas variáveis os resultados são significativos, com um nível de significância de 0,002*.

Nos sujeitos não portadores do diagnóstico de tetraplegia, o custo total do serviço é de 338,51€ (DP=29,22) e aumenta para 1182,61€ (DP=518,90) nos sujeitos portadores deste diagnóstico. Quando analisada a relação entre as duas variáveis, os resultados são significativos, apresentando um nível de significância de 0,048*.

De seguida, foi analisada a relação entre o custo total do serviço e a presença do diagnóstico de doença de Parkinson. Nos sujeitos não portadores deste diagnóstico, o custo

total do serviço é de 332,81€ (DP=29,41) e aumenta para 857,22€ (DP=240,94) quando os sujeitos são portadores. Depois de analisada a relação entre as duas variáveis, os resultados obtidos são significativos, apresentando um nível de significância de 0,014*.

Tabela 15 – Doenças diagnosticadas/ Custo total do serviço

Variáveis	Beta	SE	.sig	Intervalo Confiança (95%)	
Fratura do fémur	0,075	0,962	0,038	-0,404	1,173
Outras fraturas	0,135	1,740	0,084	-0,131	2,078
Doença de Alzheimer	0,320	4,304	0,000**	0,303	0,817
Outros estados demenciais	0,201	2,617	0,010*	0,091	0,649
Hemiplegia	0,285	3,779	0,000**	0,281	0,897
Paraplegia	0,241	3,159	0,002*	0,194	0,841
Doença de Parkinson	0,191	2,471	0,014*	0,125	1,116
Tetraplegia	0,155	1,995	0,048*	0,008	1,570
Acidente Vascular Cerebral	0,272	3,582	0,000**	0,170	0,587
Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica	-0,014	-0,179	0,858	-0,469	0,391
Insuficiência Cardíaca Congestiva	0,221	2,882	0,004*	0,128	0,683
Ansiedade	0,089	1,137	0,257	-0,120	0,447
Transtorno Bipolar	0,019	0,246	0,806	-0,493	0,633
Depressão	0,147	1,884	0,002*	-0,017	0,732
Esquizofrenia	0,003	0,043	0,966	-0,355	0,371
Pneumonia	0,129	1,661	0,099	-0,102	1,182
Infeção Trato Urinário (últimos 30 dias)	-0,002	-0,023	0,981	-0,569	0,556
Cancro	0,135	1,729	0,086	-0,047	0,708
Diabetes Mellitus	0,223	2,909	0,004*	0,118	0,614

1)Variável dummy 0= Ausente

*<0,05/**p<0,001

Relativamente ao diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral, os resultados vão na mesma linha. Assim, e para os sujeitos não portadores de diagnóstico de AVC, o custo

total do serviço é de 299,10€ (DP=30,97) e aumenta para 537,15€ (DP=78,93) nos sujeitos portadores deste diagnóstico. Analisada a relação entre as duas variáveis, os resultados apontam para um nível de significância de 0,000**.

De seguida foi analisada a relação entre o custo total do serviço e a presença do diagnóstico de doença cardíaca congestiva. Nos sujeitos não portadores deste diagnóstico o custo total do serviço é de 332,81€ (DP=29,41) e aumenta para 857,22€ (DP=240,94) nos sujeitos portadores do mesmo diagnóstico. Analisada a relação entre as duas variáveis os resultados são significativos, apresentando um nível de significância de 0,004*.

Finalmente, e relativamente à relação entre o custo total do serviço e o diagnóstico de diabetes *mellitus*, a média do custo do serviço para os sujeitos não portadores do diagnóstico é de 315,57€ (DP=29,36) e aumenta para 563,27€ (DP=112,05) nos sujeitos portadores deste diagnóstico. Analisada a relação entre as variáveis, os resultados apontam para um nível de significância de 0,005*.

CAPÍTULO V - Discussão dos Resultados e Conclusões

Neste último capítulo pretende-se apresentar as principais conclusões do estudo empírico realizado, procedendo à comparação de resultados com outros estudos, sobretudo internacionais, dada a inexistência de estudos em Portugal direccionados para esta temática específica.

Pretende-se ainda de realçar as implicações dos resultados obtidos quer para a realização de investigações futuras, quer para a prática do serviço de apoio domiciliário no nosso país.

Considera-se importante iniciar este capítulo da discussão dos resultados, fazendo uma referência aos benefícios da aplicação do instrumento utilizado, MDS-HC, específico para cuidados domiciliários.

Como já referido anteriormente, trata-se de um instrumento muito completo, utilizado para a realização de uma avaliação integral dos sujeitos, em contexto domiciliário. Avalia o estado cognitivo e humor, estado funcional, condições de saúde e tratamentos ativos, situação sociofamiliar e avaliação ambiental, entre outros domínios. A sua aplicação demora cerca de 45 minutos, o que obriga à utilização de algum tempo, mas tem a vantagem de congregar num só instrumento a avaliação multidimensional dos sujeitos.

Em Portugal, e especificamente para o contexto domiciliário, não encontramos instrumento congregador de informação tão completa, e os instrumentos disponíveis atualmente utilizados, avaliam os sujeitos de forma dispersa, de acordo com as áreas a avaliar.

A informação recolhida através deste instrumento é usada para determinar a natureza e a intensidade dos serviços necessários, sejam de natureza social e/ou da saúde.

A utilização deste tipo de instrumentos vai permitir que, usando dados fiáveis e resultados comparáveis através de informação longitudinal, possamos avaliar, ao nível do beneficiário do serviço, a eficácia do plano de cuidados traçado e, ao nível das estruturas prestadoras de cuidados, a qualidade do cuidado disponibilizado.

Fazendo uma breve análise à caracterização sociodemográfica dos beneficiários do SAD avaliados, os resultados demonstraram que os utilizadores do serviço são na

generalidade pessoas muito idosas. Estes resultados vão ao encontro do fenómeno do envelhecimento populacional, e aos dados disponíveis sobre o número de idosos no nosso país, considerado como um dos mais envelhecidos a nível mundial (OECD, 2013). A média de idades dos utilizadores do serviço é de 76,2 anos, o que evidencia este fenómeno, tal como nos estudos de Poss, Hirdes, Fries, McKillop & Chase (2008); Cervera et al., (2006); Lay, (2004); Stoddart, Whitley, Harvey & Sharp, (2002); Branch et al. (1988).

A este propósito, importa contudo referir que o serviço de apoio domiciliário em Portugal e noutros países, não é destinado exclusivamente a pessoas idosas, dado que foi possível verificar na amostra a presença de sujeitos ainda não idosos. Neste caso, trata-se de sujeitos que sofrem de patologias de ordem mental ou psiquiátrica, ou que sofreram outro tipo de patologias, designadamente AVC's, traumatismos, entre outras, em idades mais jovens, isto é, antes dos 65 anos, apresentando um resultado na amostra de 19,5%.

Não se registou uma preponderância relativamente ao sexo, estando ambos os sexos representados de forma quase equitativa, verificando-se apenas uma ligeira superioridade na representação das mulheres (53,0%). Apesar disso, estes resultados não vão exatamente ao encontro de outros estudos, onde a superioridade numérica das mulheres neste serviço é mais representativa, derivada em grande parte pela maior esperança de vida (Poss, Hirdes, Fries, McKillop & Chase (2008); Cervera et al., 2006; Carpenter et al., 2004; Otero, Garcia de Yebenes, Rodriguez-Laso, Zunzunegui, 2003; Stoddart, Whitley, Harvey & Sharp, 2002). Ainda sobre a representatividade dos sexos, importa referir que, por vezes, o serviço é procurado por homens para satisfação de necessidades associadas às AVD, particularmente às AVDI. Acontece por vezes, os homens recorrerem ao serviço não porque não possuam a capacidade de executar certas tarefas, mas por incapacidade (falta de competência) no desempenho de tarefas associadas às AVDI, especificamente nas tarefas domésticas. Esta circunstância está prevista no próprio instrumento de recolha de dados, MDS-HC, que prevê uma classificação diferenciada dos sujeitos relativamente à capacidade e ao desempenho na realização das AVDI.

Em concordância com outros estudos, mais de metade dos sujeitos vivem sós, porque são solteiros, viúvos ou separados. Segundo a literatura internacional, o facto de se viver só parece constituir um preditor para a utilização do serviço (Lay, 2004; Stoddart, Whitley, Harvey & Sharp, 2002; Branch et al. (1988).

Os resultados deste estudo indicam também que a outra metade da amostra conta com apoio de cuidador informal. Normalmente, sempre que sujeitos que vivem acompanhados utilizam o serviço, tal deriva do facto de estarem muito dependentes a nível funcional ou com problemas graves a nível cognitivo ou psíquico (Carpenter et al., 2004). Assim, e como previsível, cerca de metade dos sujeitos da amostra conta com o apoio de cuidador informal. Normalmente nestes casos, o cuidador informal não tem capacidade para a prestação dos cuidados de forma isolada, dada a dependência dos utentes. Esta situação é evidenciada através dos resultados obtidos nos estudos desenvolvido por Bolin, Lindgren & Lundborg (2008), e de Garms- Homolová et al., (2008) que reforçam diferenças significativas na relação entre o cuidado formal e informal entre os países do norte e sul da Europa. Concluem que, no sul da Europa, cuidado informal é um forte substituto do cuidado formal. Neste contexto, pode concluir-se que os utilizadores de SAD do sul da europa, que beneficiam também de cuidador informal, apresentam graves problemas ao nível do seu estado funcional ou a nível cognitivo/psíquico.

Na generalidade, trata-se de um grupo de idosos e/ou dependentes que não apresenta situações clínicas muito complexas, a exigir cuidados de saúde especializados. Os resultados revelam que o diagnóstico mais comum é o AVC, com uma prevalência de 21,3%, seguido de diabetes *mellitus*, com 13,4%, doença de Alzheimer, com 11,6%, insuficiência cardíaca congestiva, com 10,4%, e, por último, o diagnóstico de cancro, com um valor de 5,5%.

Os resultados indicaram também que, uma percentagem elevada, 41,5% dos sujeitos apresenta défice cognitivo, e 20,7% apresentam problemas de ordem psíquica. Estes resultados estão de acordo com outros estudos, que referem que os utilizadores do serviço de apoio domiciliário apresentam défice cognitivo (Carpenter et al., 2004; Stoddart, Whitley, Harvey & Sharp, 2002). Aliás, Carpenter et al., (2004), referem que os utilizadores do SAD, nos países do sul da Europa, apresentam níveis de défice cognitivo mais elevados que nos países do norte da europa.

Ao nível funcional, 35,9% dos sujeitos são dependentes ou grandes dependentes ao nível das AVD, e 51,2% são dependentes ou grandes dependentes ao nível das AVDI. Também aqui os resultados são concordantes com outros estudos. A dependência funcional, sobretudo ao nível das AVDI, constitui-se como um dos grandes preditores da utilização do serviço (Poss, Hirdes, Fries, McKillop & Chase, 2008; Lay, 2004; Carpenter

et al., 2004; Otero, Garcia de Yebenes, Rodriguez-Laso, Zunzunegui, 2003; Stoddart, Whitley, Harvey & Sharp, 2002; Branch et al., 1998; Frederiks, Wierik, Rossum, Visser, Volovics & Sturman, 1992).

Os resultados permitem evidenciar ainda que uma percentagem reduzida dos sujeitos referem apresentar problemas financeiros, bem como condições habitacionais pouco apropriadas, em alguns casos habitações muito degradadas e desajustadas ao seu estado funcional. Estes resultados concorrem com a realidade dos mais idosos em Portugal, apesar das medidas governamentais tomadas em anteriores governos, irem no sentido da melhoria das condições financeiras e habitacionais dos mais idosos.

Apesar da implementação de medidas como é a do Complemento Solidário para Idosos e algum apoio aos melhoramentos das condições habitacionais, se bem que reduzido, é comum encontrar-se ainda situações de idosos e seus familiares que por falta de informação não estão a beneficiar dos seus direitos. Esta situação acontece frequentemente em relação à atribuição do subsídio relativo ao complemento por dependência, em casos de situações dependência moderada e até grande dependência; em outros casos verifica-se esta situação relativamente à atribuição do Complemento Solidário para Idosos, que também não estão a usufruir desta medida de apoio social.

Estes resultados contribuem para evidenciar o perfil tipo do utente do serviço de apoio domiciliário em Portugal. Trata-se de sujeitos que, apesar de apresentarem níveis de dependência funcional relativamente elevados, sobretudo ao nível das AVDI, não apresentam patologias muito complexas, que exijam cuidados muito especializados. Trata-se, na generalidade, de doenças crónicas associadas ao envelhecimento, o que lhes permite manter-se nas suas casas com um tipo de apoio relativamente reduzido.

Os idosos que apresentam patologias complexas e que muitas vezes associam a insuficiência ou inexistência de retaguarda familiar, estão normalmente integrados em lares de idosos. Mais recentemente, muitos dos idosos com este perfil estão a ser integrados nas Unidades de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção, sempre que necessitem de cuidados de saúde, designadamente médicos e de enfermagem, que não possam ser garantidos em contexto domiciliário.

Relativamente às características do Serviço de Apoio Domiciliário e especificamente aos cuidados prestados, importa explicitar que todos os serviços de apoio domiciliário que

integram este estudo são desenvolvidos por Instituições Particulares de Solidariedade Social. A realidade Portuguesa tem revelado que os cuidados domiciliários formais são, na sua generalidade, prestados por IPSS (Carta Social, 2013). Assim, a Segurança Social delega a função da prestação dos cuidados formais domiciliários, financiando o funcionamento da mesma através da celebração de Acordos de Cooperação com as IPSS. O financiamento varia em função dos serviços prestados, e dos dias em que os mesmos serviços são disponibilizados, se de segunda a sexta-feira ou se também inclui os fins-de-semana. Neste estudo, e como referido, todos os serviços são desenvolvidos por IPSS durante os sete dias da semana.

De um modo geral, pode afirmar-se que o tempo de permanência dos sujeitos no serviço pode ser considerado como bastante prolongado. Os resultados revelaram que 57,3% dos utentes beneficiam do serviço entre 1 e 5 anos e 23,2% entre 5 e 10 anos. No seguimento dos dados anteriores, a análise destes resultados sugere que o serviço de apoio domiciliário se destina a apoiar idosos ou pessoas com dependência que apresentam doenças crónicas e incapacitantes, muitas vezes associadas ao envelhecimento, daí a permanência no serviço durante tanto tempo. Este resultado revela ainda a tendência que se verifica em Portugal no aumento do tempo de permanência no serviço, comparando com estudos anteriores (Oliveira, 2007).

Relativamente à tipologia dos serviços prestados pelo SAD, os mesmos estão na sua generalidade associados à satisfação das AVD, designadamente o serviço de higiene pessoal e o serviço de alimentação. Já abordado no enquadramento teórico, em Portugal, os serviços disponibilizados pelo SAD e financiados através da celebração de Protocolos de Cooperação entre a Segurança Social e as IPSS são quatro: serviço de distribuição de refeições, serviço de higiene pessoal, serviço de tratamento de roupas e serviço de higiene habitacional. Pode incluir ainda o serviço de teleassistência e um sexto serviço, bastante abrangente, designado de serviço de animação/socialização, que pode incluir várias tarefas associadas às Atividades de Vida Diária, sejam instrumentais ou mesmo avançadas.

Pela análise dos resultados obtidos neste estudo, pode concluir-se que os serviços disponibilizados pelo SAD associam-se à satisfação das AVD, designadamente a utilização do serviço de alimentação e de higiene pessoal, uma vez que 91,4% dos sujeitos beneficiam destes dois serviços. Outro resultado que merece alguma análise prende-se com

a utilização do serviço para apenas beneficiar do serviço de alimentação. Cerca de 25,6% dos sujeitos apenas está a beneficiar deste serviço.

Por outro lado será de realçar ainda que 8,6% dos sujeitos usufrui apenas de serviços associados exclusivamente às AVDI, isto é, serviço de tratamento de roupas, serviço de higiene habitacional, ou de teleassistência.

Estes resultados vêm ao encontro dos resultados de outros estudos realizados em Portugal (Martín, Oliveira & Duarte, 2013; Santana, Souza, Dias & Rocha, 2007) que evidenciam esta orientação quase que exclusiva para a satisfação das necessidades básicas. Considera-se ainda mais preocupante a orientação do serviço apenas para a satisfação de necessidades associadas às AVDI. De acordo com a legislação em vigor, o conceito de SAD deve ser mais abrangente, integrando preferencialmente os quatros serviços previstos (Protocolo de Cooperação, 2015-2016).

Segundo as atuais orientações dos serviços da Segurança Social, quando é disponibilizado apenas 1 serviço ao utente, e que pode ser qualquer um dos seis serviços previstos, o mesmo deixa de ser participado pelo Estado. A legislação em vigor deixa de considerar estes casos como Serviço de Apoio Domiciliário (Portaria nº 38/2013 de 30 de janeiro). Trata-se de situações muito comuns na realidade portuguesa, observado em estudos realizados anteriormente (Martín, Oliveira & Duarte, 2013). A mesma situação foi observada neste estudo concreto, onde se registou a disponibilização do serviço de alimentação a 25,6% dos sujeitos, e 7,8% dos sujeitos beneficiavam apenas do serviço de higiene pessoal.

Perante esta realidade, as instituições prestadoras de SAD deverão rever a sua organização interna e a oferta dos serviços que dispõe, se não quiserem ver diminuídos os valores pagos pelas participações mensais da Segurança Social. Segundo o Protocolo para o Biénio 2015-2016, sempre que o utente não usufrui dos 4 serviços previstos na Portaria 38/2013 de 30 de janeiro, a instituição vê diminuída em 15% ou 10% da participação paga por utente, caso preste respetivamente, três ou dois serviços. Julgamos que muitas instituições já deram início a este processo de revisão, através da elaboração de planos de cuidados mais globalizantes, que correspondam a uma maior satisfação de necessidades dos utentes, bem como com uma oferta mais alargada de serviços.

No presente estudo, foi ainda observada a disponibilização de cuidados de saúde pelas instituições prestadoras de SAD ao nível dos cuidados de enfermagem. Importa ressaltar que a situação foi registada apenas em uma instituição. Os cuidados prestados são exclusivos da área da enfermagem, e associam-se essencialmente a situações simples ao nível da prevenção, nomeadamente o controle de tensão arterial, o controle de glicemias, não se tratando, na generalidade, de cuidados que exijam prestação de cuidados de enfermagem muito complexos. Estes dados contrariam a tipologia de serviços disponibilizados em outros países, nos quais se observa uma intensidade significativa da prestação de cuidados de saúde (Poss, Hirdes, Fries, McKillop & Chase, 2008).

O instrumento de recolha de dados utilizado, MDS-HC, permite ainda a recolha de informação relativa a cuidados de outras áreas da saúde, como a reabilitação, seja física, da fala, ou ocupacional. Os resultados obtidos neste estudo não registaram qualquer tipo de prestação de cuidados a esses níveis comparativamente a outros países (Poss, Hirdes, Fries, McKillop & Chase, 2008; Björkgreen, Fries & Shugarman, 2000). Em Portugal, sempre que uma pessoa idosa/dependente necessita de cuidados de reabilitação, a mesma é prestada em contexto de ambulatório, ou mais recentemente, através das ECCI, quando existentes, através de enfermagem de reabilitação.

Constituía um dos objetivos deste estudo analisar a distribuição dos sujeitos da amostra pelos grupos RUG-III/HC para avaliar a sua adequação à realidade portuguesa.

Através da análise dos resultados obtidos constatou-se que alguns grupos não eram possíveis de validar, dada a inexistência de cuidados de saúde tão especializados como os previstos neste sistema de classificação de utentes em contexto domiciliário, pelo que alguns grupos não integraram nenhum sujeito.

Neste contexto, não foi possível validar os seguintes grupos: Serviços extensivos Cuidados especiais e Reabilitação especial. Os dois primeiros, como referido, não tinham representação na amostra. O último grupo, designado de Reabilitação especial, porque era constituído apenas por um sujeito, optou-se por não representar este grupo nos resultados analisados.

Para que os sujeitos façam parte destes três grupos terão de apresentar um conjunto de características e que passamos a evidenciar. Os sujeitos que ficam incluídos no grupo Reabilitação Especial terão de ter pelo menos 120 minutos ou mais de reabilitação por

semana, que poderá incluir a reabilitação física, da fala ou ocupacional. Tal como anteriormente referido, apenas um sujeito tinha 120 minutos ou mais de reabilitação física por semana, pelo que não foi considerado para esta análise. Assim, conclui-se que nenhuma das instituições prestadoras de SAD da amostra em estudo, disponibiliza serviços de reabilitação física, da fala ou ocupacional, apesar de o estado funcional de alguns dos sujeitos constituintes da amostra, provavelmente o justificar.

Pela comparação com outros estudos, conclui-se que os serviços de reabilitação nos cuidados domiciliários estão mais representados em outros países que em Portugal, designadamente no estudo desenvolvido por Björkgreen, Fries & Shugarman (2000), e o de Poss, Hirdes, Fries, McKillop & Chase (2008), com 9,2% e 6,8% dos sujeitos respetivamente, apresentando sobretudo o primeiro estudo, serviço de reabilitação muito intensiva.

Outro grupo também não representado é o designado de Cuidados especiais, que segundo o sistema de classificação de utentes RUG-III/HC, integra sujeitos que apresentam problemas de saúde complexos e que exigem acompanhamento de enfermagem, designadamente, sujeitos traqueostomizados, ou que necessitem de terapia respiratória. Também aqui sucedeu nenhum sujeito portadores destas características estar a usufruir dos serviços de SAD.

Por último, o grupo designado de Cuidados especiais, também não está representado nesta amostra. Este grupo inclui sujeitos que necessitam de cuidados de enfermagem bastante complexos, nomeadamente sujeitos portadores de úlceras de pressão de graus III e IV, entre outros cuidados.

Assim, os grandes grupos representados nesta amostra são Complexidade clínica, Défice cognitivo, Problemas comportamentais e Funções físicas reduzidas. É este último grupo, Funções físicas reduzidas, o que está mais representado na amostra com 43,3% dos sujeitos, seguido dos grupos Défice cognitivo (34,8%), Complexidade clínica (10,9%) e, por último, problemas de comportamento (10,4%).

Estes resultados apresentam em parte similaridades e em parte diferenças com outros estudos sobre esta temática. A tendência para a maior representatividade do grupo Funções físicas reduzidas (43,3%), foi também verificado no estudo de Poss, Hirdes, Fries, McKillop & Chase, (2008), e no de Cervera et al., (2006), com 56,1% e 52% dos sujeitos respetivamente. Manteve-se a mesma tendência relativamente à existência de poucos

sujeitos no grupo Serviços extensivos e Cuidados especiais, tal como no nosso estudo, que nem estão representados. O grupo reabilitação especial, mais representado no estudo de Poss, Hirdes, Fries, McKillop & Chase, (2008) com 6,8% dos sujeitos, também não tem praticamente representação no estudo de Cervera et al., (2006), tal como aconteceu no nosso estudo. O grupo Complexidade clínica representado nos três estudos apresenta um nível de representatividade semelhante, ocupando uma maior preponderância nos dois estudos internacionais. Relativamente ao grupo Défice cognitivo, registam-se resultados mais baixos nos dois estudos internacionais comparativamente aos nossos resultados (34,8%). Por último, e relativamente ao grupo Problemas de comportamento, os estudos de Poss, Hirdes, Fries, McKillop & Chase, (2008) e Cervera (2006), praticamente não têm representatividade, comparativamente aos resultados obtidos na nossa investigação com 10,4% dos sujeitos.

A análise destes resultados permitem retirar mais algumas conclusões relativamente ao perfil dos utilizadores do SAD na realidade portuguesa.

Na generalidade, e tal como tem vindo a ser referido, os utilizadores do serviço são sujeitos que apresentam graus de dependência ao nível da execução das AVD e AVDI, pelo que o grande grupo representado é o designado de Funções físicas reduzidas.

Por outro lado, importa salientar que nos serviços de apoio domiciliário em estudo também está representado um número significativo de sujeitos que apresentam défice cognitivo (41,5%), associado à dependência nas AVD e AVDI, constituindo o grupo Défice cognitivo o segundo maior grupo representado com 34,8% dos sujeitos. Esta realidade poderá ser justificada por se tratar de uma amostra composta por sujeitos muito idosos, pelo que a probabilidade de apresentar défice cognitivo é elevada.

O grupo Complexidade clínica também está representado nesta amostra, com 10,9% dos sujeitos. Conclui-se assim que a amostra integra alguns sujeitos que, de acordo com a constituição dos RUG-III/HC, e com os diagnósticos apresentados, ou utilizam sonda nasogástrica ou apresentam diagnóstico de hemiplegia derivado de Acidente Vascular Cerebral, entre outros diagnósticos, associado à dependência nas AVD e AVDI.

Por último, o grupo problemas de comportamento, associado também dependência nas AVD e AVDI, está representado neste estudo com 10,4% dos sujeitos. Este resultado pode derivar de situações associadas à demência, dado que na amostra surge um valor

muito significativo de sujeitos que apresentam diagnóstico de doença de Alzheimer (11,6%).

Relativamente aos profissionais afetos ao SAD, e que vão ser determinantes na alocação de recursos e consequentemente no cálculo do custo do serviço, de um modo geral, pode afirmar-se que o grupo de profissionais que mais tempo utiliza na prestação dos cuidados são as ajudantes familiares domiciliárias. Isto resulta do facto da generalidade dos serviços prestados estarem associados quase que exclusivamente à satisfação de necessidades básicas e instrumentais de vida diária, sobretudo no grupo Problemas de comportamento, seguido de Défice cognitivo e Complexidade clínica.

Os custos associados com os cuidados de saúde, que neste estudo, apenas integrou os custos associados aos cuidados de enfermagem, que apesar de baixos, são mais significativos no grupo Complexidade clínica, o que seria expetável.

Relativamente ao custo do cuidado informal, é no grupo Défice cognitivo que é mais utilizado o cuidado informal, seguido do grupo Problemas de comportamento. Tal deriva da necessidade de acompanhamento quase que permanente, que este tipo de utentes necessita.

Para se proceder ao cálculo do custo total do serviço, e já anteriormente referido, o mesmo foi constituído pela junção do custo associado à prestação dos cuidados formais, bem como com o tempo disponibilizado pelo cuidado informal.

Realizada a relação entre o custo total do serviço e o sistema de classificação de utentes RUG-III/HC, os resultados indicaram que este sistema de classificação explica 25,7% dos custos associados ao custo total do serviço, aqui considerado como o somatório do custo do cuidado formal e do custo do cuidado informal.

O resultado relativamente baixo da explicação dos custos através deste sistema de classificação de utentes, RUG-III/HC, deriva em grande parte, do facto da amostra deste estudo ser constituída por sujeitos com características muito próximas, sendo o grupo mais representado, Funções físicas reduzidas, pelo que muitos dos grupos não estão representados.

Os resultados relativos à constituição dos *Índices de case-mix* indicam ainda que a constituição dos RUG-III/HC não tem em atenção as características do cuidado informal, sendo baseados apenas nos itens do MDS-HC. Assim, os *Índices de case-mix* representam

o que é expectável em termos de consumo de recursos formais. Contudo, como já foi devidamente explanado, os cuidados domiciliários não integram, na generalidade das situações, apenas cuidados formais, sobretudo em situações clinicamente complexas, de défice cognitivo, de problemas de comportamento, ou de incapacidade funcional grave. Nestes casos, o cuidado informal tem um papel fundamental na permanência dos indivíduos nas suas comunidades, pelo que os custos associados ao cuidado informal deverão ser tidos em linha de conta para o cálculo do custo total do serviço (Poss, Hirdes, Fries, McKillop & Chase, 2008; Björkgreen, Fries & Shugarman, 2000).

Neste contexto, os *Índices de case-mix*, que incluem também o cuidado informal, constituem uma realidade mais ajustada daquilo que estamos a falar, quando nos reportamos aos cuidados domiciliários (Poss, Hirdes, Fries, McKillop & Chase, 2008; Björkgreen, Fries & Shugarman 2000).

Analisando os resultados obtidos relativamente aos *Índices de case-mix*, e comparando os resultados obtidos com outros estudos, estes são em parte semelhantes, seguindo a mesma tendência, apesar de se registar diferenças significativas relativamente ao cuidado formal.

Assim, e relativamente ao custo do cuidado formal, comparando apenas os grupos que estão representados nesta amostra com outros estudos, foi possível observar que no presente estudo é o grupo Problemas de comportamento aquele que utiliza mais recursos em termos de cuidados formais. Em outros estudos, é o grupo complexidade clínica o mais utilizador de recursos, estando estes últimos resultados mais de acordo com a base de sustentação do sistema RUG-III/HC (Poss, Hirdes, Fries, McKillop & Chase, 2008). Em termos de utilização de recursos formais, segue-se o grupo Déficit cognitivo, o grupo Complexidade clínica, e, por último, o grupo Funções físicas reduzidas.

Quando comparamos os dois estudos relativamente aos custos associados ao cuidado informal a tendência altera, sendo muito semelhante. É o grupo Déficit cognitivo que mais utiliza recursos informais, seguido dos grupos Problemas de comportamento, Complexidade clínica e Funções físicas reduzidas.

Quando fazemos a junção de ambos, utilização de recursos do cuidado formal e recursos do cuidado informal, a tendência dos dois estudos mantém-se semelhante e segue a orientação da análise relativa apenas ao cuidado informal. O grupo déficit cognitivo assume um *Índice de case-mix* superior nos dois estudos, seguido dos grupos Problemas de

comportamento, Complexidade clínica e Funções físicas reduzidas, evidenciando a importância do custo do cuidado informal na prestação de cuidados em contexto domiciliário (Poss, Hirdes, Fries, McKillop & Chase, 2008).

De seguida é realizada análise relativa às variáveis que parecem predizer um maior custo do SAD. Pela análise dos resultados obtidos, parece evidenciar-se a existência de um conjunto de variáveis que poderão predizer um maior custo do serviço de apoio domiciliário.

Neste contexto, e pelos resultados obtidos, o sexo feminino parece predizer um maior custo total com o serviço. Estes resultados vêm ao encontro do que já foi referido anteriormente. Ao nível do Serviço de Apoio Domiciliário em Portugal e nos países do sul da Europa, verifica-se a tendência de os idosos se manterem nas suas casas o máximo de tempo possível, de modo a retardar a sua institucionalização. As mulheres, porque normalmente têm mais competências ao nível da execução das AVDI (realização de tarefas domésticas), recorrem muito mais tardiamente ao serviço, apenas já se encontram numa situação de dependência muito elevada. Muitas vezes, o recurso dos homens ao SAD, advém mais da falta de competência (desempenho), do que da capacidade na execução da tarefa.

Relativamente à constituição do agregado familiar, os resultados também parecem indicar que os sujeitos que residem acompanhados predizem um maior custo do SAD. No seguimento das conclusões anteriores, quando o utente reside acompanhado e recorre ao SAD, tal resulta de situações de dependência funcional grave ou problemas cognitivos ou psíquico (Bolin, Lindgren & Lundborg, 2008; Garms- Homolová et al., 2008). Isto está normalmente associado ao facto de se tratar de sujeitos que normalmente já se encontram dependentes funcionalmente, e necessitam, na generalidade dos casos, de cuidador informal, pelo que os resultados revelaram valores muito significativos entre estas variáveis.

Relativamente ao tipo de serviços que usufruem, os resultados vêm também ao encontro do previsto. Assim, naturalmente que os sujeitos que usufruem de todos os serviços apresentam custos mais elevados, porque utilizam mais tempo dos profissionais, sobretudo das ajudantes domiciliárias na execução de tarefas diversas, designadamente

higiene pessoal, apoio na alimentação e tarefas associadas às AVDI, como seja a limpeza habitacional e tratamento de roupas, entre outros serviços.

Os resultados evidenciam também uma relação muito próxima entre a dependência dos utentes nas AVD e AVDI. Assim, os sujeitos mais dependentes predizem um maior custo total do serviço. Este aumento do custo, resulta por um lado dos custos associados á prestação do cuidado formal, mas resulta também em grande parte, pelo custo associado ao cuidado informal, dado que na generalidade dos casos, estes utentes beneficiam da presença de cuidador informal, grande parte do tempo.

Também os sujeitos incontinentes, quer se trate de incontinência urinária quer fecal, apresentam uma maior utilização de recursos, pelo que o custo com o serviço aumenta, o que era previsível.

Relativamente a diagnósticos clínicos, através da aplicação do MDS-HC e da integração dos seus resultados no sistema de classificação de utentes RUG-III/HC, foi possível concluir que parece existir uma relação forte entre alguns diagnósticos clínicos e os custos do SAD. Entre os diagnósticos ligados à saúde física e ao estado funcional encontram-se os diagnósticos de paraplegia, tetraplegia, AVC, insuficiência cardíaca congestiva e diabetes. Relativamente ao estado cognitivo/humor, os diagnósticos que parecem predizer um maior custo do serviço associam-se a problemas ligados à doença de Alzheimer, à doença de Parkinson, a outros estados demenciais, e, por último, à depressão. Sobre estas conclusões importa reforçar que, de acordo com tudo o que tem vindo a ser referido anteriormente, naturalmente a dependência funcional, constitui um dos maiores preditores para a utilização do serviço, e tal vai ser determinante no custo total do serviço, dada a associação imediata entre a dependência e a necessidade da prestação de cuidados por terceiros, sejam formais, sejam informais. Relativamente às questões ligadas ao défice cognitivo ou a problemas psíquicos, o aumento dos custos associados, reporta-se na generalidade das situações, nem tanto ao cuidado formal, mas à necessidade de acompanhamento deste tipo de utentes, trabalho que é normalmente suportado pelo cuidado informal.

Apesar deste sistema de classificação de utentes não explicar bem os custos associados ao atual modelo de funcionamento do Serviço de Apoio Domiciliário em vigor

no nosso país, considera-se que existe algum trabalho que deveria ser iniciado neste domínio.

Atualmente estão implementadas, através da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, equipas domiciliárias (ECCI), constituídas por profissionais da área da saúde, e que, em muitos casos, prestam cuidados a indivíduos que reúnem muitos dos indicadores previstos nos grupos do sistema RUG-III/HC, designadamente reabilitação nas diversas áreas, cuidados de enfermagem, apoio psicossocial, entre outros.

No passado, apesar da existência de tentativas de coordenação entre os serviços sociais e de saúde para a prestação integral dos cuidados em contexto domiciliário, através de programas como o Serviço de Apoio Domiciliário Integrado (ADI), o mesmo acabou por ser extinto, devido à falta de recursos humanos na área da saúde. Assim, o que hoje é disponibilizado para os cuidados domiciliários são programas como o SAD, com uma vertente quase exclusivamente social, e os cuidados de saúde domiciliários prestados pelas equipas da RNCCI ou pelas equipas domiciliárias de saúde dos serviços de saúde locais, onde ainda não estão implementadas as ECCI, sem que atualmente tenham qualquer tipo de articulação formalizada.

Este modelo RUG-III/HC poderá constituir um suporte para o cálculo dos custos reais associados aos cuidados domiciliários no nosso país, uma vez que, apesar não existir uma resposta global às necessidades do idoso pelos serviços sociais e de saúde em contexto domiciliário, efetivamente essas necessidades existem, e hoje em dia, começam a ser dadas respostas a situações complexas pelos serviços de saúde (ECCI) no contexto domiciliário.

Podemos concluir que, os idosos/pessoas dependentes que necessitam de maior intensidade de cuidados se encontram em meio institucional, contudo, uma percentagem significativa de idosos, que necessitam de uma intensidade de cuidados média a elevada, também se encontram em contexto domiciliário.

A inexistência de um sistema de classificação de utentes em Portugal para o contexto domiciliário, vai permitir que, à luz do atual modelo de financiamento do SAD, as instituições “escolham” os seus utentes. Isto é, se apenas existe diferenciação pela quantidade de serviços prestados, e esta é uma realidade recente, já que no passado não existia essa diferenciação, as instituições vão “querer apoiar” utentes que não necessitem de muitos cuidados, sob pena de utilizarem mais tempo na prestação dos cuidados e receber financiamento semelhante.

Neste contexto, torna-se imprescindível avaliarmos globalmente e classificarmos os utentes que apoiamos. Os resultados obtidos a partir da aplicação do MDS-HC, poderiam permitir a construção de um perfil de utente de SAD e fazer comparações entre diversos tipos de programas de cuidados domiciliários, ou entre diferentes tipos de serviços, por exemplo, entre os perfis de utentes em lar e em cuidados domiciliários.

Este sistema permite que o financiamento dos cuidados seja feito por discriminação positiva, segundo as necessidades diagnosticadas e a utilização de recursos correspondente. A utilização deste tipo de instrumentos poderia permitir ainda examinar a performance entre os diferentes prestadores de serviços, ou mesmo analisar o efeito de várias combinações de serviços em termos de resultados nos utentes.

Conclusões Finais

A realização deste estudo permitiu delinear possíveis linhas de atuação em termos de futuras investigações, dada a inexistência no nosso país de trabalhos relacionados com classificação de utentes em contexto domiciliário.

O objetivo deste estudo pretendia, por um lado, caracterizar a amostra através das dimensões previstas no RAI-HC e sua classificação segundo o sistema RUG-III/HC e, por outro, prever o cálculo dos custos associados ao Serviço de Apoio Domiciliário.

Uma das principais conclusões deste trabalho consiste na necessidade de utilização de instrumentos de avaliação de utentes, específicos para o contexto domiciliário, que sejam uniformizados e de utilização obrigatória por todos os prestadores de cuidados. A inexistência de instrumentos de avaliação comuns, vai determinar que, não possamos caracterizar com exatidão que tipo de utentes beneficiam do SAD no nosso país. Apesar de em Portugal, a Carta Social exigir o preenchimento de dados relativos à caracterização dos utentes de SAD, os mesmos poderão não ser precisos, uma vez que, cada prestador de SAD preenche os mesmos dados com os instrumentos que considera mais adequados, podendo, esta circunstância, naturalmente, dar origem a informação não totalmente fidedigna.

A inexistência de instrumentos de avaliação comuns, e da prática de avaliação multidimensional, vai determinar ainda, que as necessidades diagnosticadas possam não corresponder às necessidades efetivas dos utilizadores do serviço. Não existe uma política de acompanhamento, de avaliação das necessidades dos beneficiários dos serviços, pelo que os serviços prestados em muitos casos não correspondem às necessidades diagnosticadas, isto é, não é o serviço que se adequa ao utente, mas por vezes, é o utente que se adapta às características do serviço.

Pode afirmar-se em linhas gerais, que os utilizadores do serviço de apoio domiciliário são pessoas com mais de 75 anos, com prevalência do sexo feminino, com graus de dependência funcional elevados, sobretudo ao nível das AVDI. A maioria dos utentes são utilizadores do serviço entre um e cinco anos e uma percentagem elevada, é utente entre cinco a dez anos. Destes dados pode concluir-se que, normalmente, o SAD é utilizado por sujeitos que sofrem de patologias associadas ao processo natural do envelhecimento.

Em termos de diagnósticos de saúde, sobressaem os problemas associados a AVC's, e doença de Alzheimer, e com uma forte incidência de sujeitos que apresentam, sobretudo, défice cognitivo mas também problemas de comportamento.

De acordo com esta tipologia de utentes, foi possível concluir que, nem todos os grupos previstos no sistema de classificação de utentes RUG-III/HC iriam ser validados, dadas as características dos utilizadores de SAD em Portugal.

Os resultados indicaram que este sistema de classificação de utentes explica uma percentagem de 25,7% dos custos associados ao cuidado total, aqui considerado como custo do cuidado formal mais o custo do cuidado informal.

Importa ressaltar a importância que o custo do cuidado informal tem no peso do custo total do serviço de apoio domiciliário, que no nosso país não está a ser contemplado, assim como em outros países. Dadas as características dos sujeitos utilizadores do serviço, para além da necessidade de recurso ao cuidado formal, muitos deles têm de, obrigatoriamente, contar com o apoio de cuidador informal e, em muitos casos, quase que as 24 horas dia, sobretudo nas situações associadas a défice cognitivo e problemas comportamentais.

Podemos afirmar que em Portugal os cuidados domiciliários não estão preparados nem para a realidade atual, nem para a realidade futura, devido quer ao envelhecimento populacional a que assistimos, quer à previsão do aumento e prevalência das doenças crónicas. A recente criação das ECCI, e o aumento da capacidade das respostas sociais domiciliárias, vêm no sentido de responder à crescente procura dos serviços. No entanto, e porque os cuidados sociais e de saúde não estão integrados, vamos continuar a assistir à existência de necessidades não cobertas.

O atual sistema de financiamento do SAD no nosso país, deriva e é favorecido pela situação anteriormente descrita. Cabe às instituições prestadoras de SAD definir quais os serviços que presta e a quem presta. Neste contexto, justifica-se a existência de sistema de classificação de utentes, naturalmente adequado à nossa realidade.

Dado que o sistema de classificação de utentes apresentado, explica os custos com uma percentagem relativamente baixa, 25,7%, e também porque os sujeitos beneficiários de SAD no nosso país, têm um perfil de alguma proximidade, considera-se que seria de todo vantajoso, e apresenta-se como linha de trabalho futura, a adaptação deste modelo à

realidade portuguesa, com a necessária reformulação dos grupos do RUG-III/HC, criando-se, muito provavelmente um modelo mais reduzido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acker, D., Brown, T. (2010). Specialized Infusion and Ancillary Home care Services. In M. Harris (Ed.), *Handbook of Home Health Care Administration* (5^a Ed.). Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Alkema, G., Reyes, J., Wilber, K. (2006). Characteristics Associated with Home-and Community- Based Service Utilization for Medicare Managed Care Consumers. *The Gerontologist*, 46(2), 173-182.
- Amendoeira, J. (2009). *Políticas de Saúde em Portugal de Desigualdades*. Paper presented at the Seminários Temáticos Políticas e Desigualdade.
- Antunes, V., Moreira, J. (2011). Approaches to developing integrated care in Europe: a systematic literature review. *Journal of Management & Marketing in Healthcare*, 4(2), 129-135.
- Baker, D., Gottschalk, M., Eng, C., Weber, S., Tinetti, M. (2001). The design and Implementation of Restorative Care Model for Home Care. *The Gerontologist*, 41(2), 257-263.
- Bengston, V., Lowenstein, A., Putney, N., Gans, D. (2003). Global Aging and the Challenge to Families. In V. Bengston, Lowenstein, A. (Ed.), *Global Aging and Changes to Families*. New York: Walter de Gruyter.
- Bernabei, R., Landi, F., Gambassi, G., Sgadari, A., Mor, V., Rubenstein, L., Carbonin, P. (1998). Randomised trial of impact of a model of integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ*, 316, 1348-1351.
- Binstock, R., Cluff, L. (2000). Issues and Challenges in Home-Care. In R. Binstock, Cluff, L (Ed.). *Home Care Advances* (pp. 3-34). New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Björkgren, M., Häkkinen, U., Finne-Soveri, U., Fries, B. (1999). Validity and reability of Resource Utilization Groups (RUG-III) in Finnish long-term care facilities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 27, 228-234.
- Björkgren, M., Fries, B., Shugarman, L. (2000). A RUG-III case mix system for home care. *Canadian Journal on Aging*, 19(2), 106-123.
- Björkgren, M., Fries, B., Häkkinen, U., Brommels, M. (2004). Case mix adjustment and efficiency measurement. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32, 464-471.
- Bolin, K., Lindgren, B., Lundborg, P. Informal and formal care among single-living elderly in Europe. *Health Economics*. 17(3), 393-409.
- Boling, P., Chandekar, R., Hungate, B., Purvis, M., Selby-Penczak, R., Abbey, L. (2013). Improving outcomes and lowering costs by applying advanced models of in-home care. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 80 (1), 7-14.

- Bonfim, C., Veiga, S. (1996). *Serviço de Apoio Domiciliário*. Lisboa: Direção Geral de Ação Social.
- Branch, L., Wetle, T., Scherr, P., Cook, N., Evans, D., Herbert, L., Nesbitt Masland, E., Keough, M., Taylor, J. (1988). A prospective study on incident comprehensive medical home care use among the elderly. *American Journal of Public Health*, 78, 255-259.
- Brickner, P. (1997). Long-Term Home Health Care for the Frail Aged. In P. Brickner, Kellog, F., Leichich, A., Lipsman, R., Scharer, L. (Ed.), *Geriatric Home Health Care* (pp. 1-18). New Cork: Springer Publishing Company.
- Brown, P., Wilkinson-Meyers, L., Parsons, M., Weidenbolm, K., McNeill, R., Brandt, T. (2009). Cost of prescribed and delivered health services resulting from a comprehensive geriatric assessment tool in New Zealand. *Health and Social Care in the Community*, 17(5), 514-521.
- Buck, J. (2010). National Homecaring Council Standards of Accreditation. In M. Harris (Ed.), *Handbook of Home Health Care Administration* (5^a Ed.). Massachussetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Calver, J., Holman, C., Lewin, G. (2004). A Preliminary Casemix Classification System for Home and Community Care Clients in Western Australia. *Australian Health Review*, 27(2), 27-39.
- Cardoso, S., Santos, M., Baptista, M., Clemente, S. (2012). Estado e Políticas Sociais sobre a velhice em Portugal. *Análise Social*, 204 (XLVII), 606-630.
- Carpenter, G., Alistair, M., Turner, G. (1995). Case Mix for the Elderly Inpatient: Resource Utilization Groups (RUG's) Validation Project. *Age and Aging*, 24, 5-13.
- Carpenter, G., Ikegami, N., Ljunggren, E., Carrilo, E., Fries, B. (1997). RUG III and resource allocation: comparing the relationship of direct care time with patient characteristics in five countries. *Age and Aging*, 26(S2), 61-65.
- Carpenter, I., Perry, M., Challis, D., Hope, K. (2002). Identification of registered nursing care of residents in English nursing homes using the Minimum Data Set Resident Assessment Instrument (MDS/RAI) and Resource Utilisation Groups Version III (RUG-III). *Age and Ageing*, 32(3), 279-285.
- Carpenter, I., Gambassi, G., Topinkova, E., Schroll, M., Finne-Soveri, H., Henrard, J., Garms-Homolova, V., Jonsson, P., Fritjers, D., Ljunggren, G., Sorbye, L., Wagner, C., Onder, G., Pedone, C., Bernabei, R. (2004). Community care in Europe: The Aged in Home Care project (AdHOC). *Aging Clinical and Experimental Research*, 16(4), 259-269.
- CartaSocial (2014). Estudo sobre a Dependência. Retrieved 2014-02-15, from http://www.cartasocial.pt/pdf/estudo_dependência.pdf

- Carvalho, M. (2010). *Os Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidariedade Social no Concelho de Cascais*. ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa.
- Cecchi, F., Converti, M., Guidomei, M., Chiti, M., Enock, E., Sanquerin, A., Ferreti, F., Debolini, P. (2005). Post-acute home rehabilitation: Results of a pilot experience. *Giornale di Gerontologia*, 53(6), 622-632.
- Cervera, B., Moya, P, Castellanos, M., Martínez R., Romón, B., García A. Categorías de utilización de recursos (RUG- Resource Utilization Groups) en mayores con dependencia residentes en domicilio y residencias de mayores de la provincia de Cuenca. Estudio “Cuidados de mayores en Cuenca”. *X Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería*. Albacete 2006. Retrieved 09-09-2012
- Chappell, N., Havens, B., Hollander, M., Miller, J., McWilliam, C. (2004). Comparative Costs of Home Care and Residential Care. *The Gerontologist*, 44(3), 389-400.
- Chi, I., Chou, K., Kwan, C., Lam, E., Lam, T. (2006). Use of Minimum Data Set - Home Care: A cluster randomized controlled trial among the Chinese older adults. *Aging & Mental Health*, 10(1), 33-39.
- Chou, K., Chi, I., Leung, J. (2008). Applying Resource Utilization Groups (RUG III) in Hong Kong Nursing Homes. *Canadian Journal on Aging*, 27(3), 233-239.
- Clarke, C., Camaligan, I., Golden, M., Maragh, J. (2010). Implementing a Competency System in Home Care. In M. Harris (Ed.), *Handbook of Home Health Care Administration* (5^a Ed.). Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Cluff, L., Brennan, P. (2000). the Use of Tecnhology in Home Care. In R. Binstock, Cluff, L (Ed.), *Home Care Advances* (pp. 59-77). Florida: Springer Publishing Company.
- Colombo, F. (2011). Help wanted? Providing and paying for Long-Term Care. Retrieved 23-11-2012, from www.oecd.org/els/health-systems/47836116.pdf
- Cox, D., Ory, M. (2000). The Changing Health and Social Environments of Home Care. In R. Binstock, Cluff, L (Ed.), *Home Care Advances* (pp. 35-55). Florida: Springer Publishing Company, Inc.
- Craven, C., Byrne, K., Sims-Gould, J., & Martin-Matthews, A. (2012). Types and patterns of safety concerns in home care: staff perspectives. *International Journal for Quality in Health Care*, 24(5), 525-531.
- Crotty, M., Giles, Lc., Halbert, J., Harding, J., Miller, M. (2008). Home versus day rehabilitation: a randomised controlled trial. *Age Aging*, 37(6), 628-633.
- D’Souza, J., James, M., Szafara, K., Fries, B. (2009). Hard Times: The Effects of Financial Strain on Home Care Services Use and Participant Outcomes in Michigan. *The Gerontologist*, 49(2), 154-165.

- Dalby, D., Hirdes, J., Fries, B. (2005). Risk adjustment methods for Home Care Quality Indicators (HCQI) based on the minimum data set for home care. [Electronic Version]. *BMC Health Services Research*, 5. Retrieved 09-09-2012.
- Day, C., Paskulin, L. (2013). Benefícios da Atenção Domiciliar ao Idoso Portador de Dano Crônico: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista de enfermagem UERJ*, 21(3), 384-390.
- Dieckmann, J. (2010). Home Health Care: An Historical Perspective and Overview. In M. Harris (Ed.), *Handbook of Home Health Care Administration* (5^a Ed.). Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Eija, G., Marja-Leena. (2005). Home care personnel's perspectives on successful discharge of elderly clients from hospital to home setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(3), 288-295.
- Elkan, R., Kendrick, D., Dewey, M. (2001). Effectiveness of home-based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 323, 1-9.
- Emler, C., Crabtree, J. (1996). Introduction to In-Home Assessment of Older Adults. In *In-Home Assessment of Older Adults. An Interdisciplinary Approach*. Maryland: Aspen Publication.
- Evans, D. (2013). Respite services for older people. *International Journal of Nursing Practice*, 19(4), 431-436.
- Evashwick, C. (2005). Definition of the Continuum of Care. In C. Evashwick (Ed.), *The Continuum of Long Term Care* (pp. 3-13). Florida: Thomson Delmar Learning.
- Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade, Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- Fernandes, H., Martín, J. (2013). Grupos de Utilização de Recursos. *Revista Geriatria & Gerontologia*, 7(1), 68-75.
- Fetter, R., Shin, Y., Freeman, J., Averill, R., Thompson, J. (1980). Case mix definition by Diagnosis Related Groups. *Medical Care*, 18(2), 1-53.
- Fortinsky, R., Madigan, E. (2000). Issues in Understanding Resource Consumption in Publicly Funded Home Care. In R. Binstock, Cluff, L. (Ed.), *Home Care Advances*. New Cork: Springer Publishing Company.
- Frederiks, C., Wierik, M., Rossum, H., Visser, A., Volovics, A., Sturman, F. (1992). Why do elderly people seek professional home care? *Journal of Community Health*, 17, 131-141.

- Fries, B., Schneider, D., Foley, W., Gavazzi, M., Burke, R., Cornelius, e. (1994). Refining a case-mix measure for nursing homes: Resource Utilisation Groups (RUG-III). *Medical Care*, 32(7), 668-685.
- Garcia-Altés, A., Martínez, F., Carrilo, F., Peiró, S. (2000). Sistema de clasificación de pacientes en centros de media y larga estancia: evolución y perspectivas de futuro. *Gaceta Sanitária*, 14(1), 48-57.
- Genet, N., Boerma, W., Kringos, D., Bounam, A., Francke, A., Fagerström, C., Melchiorre, M., Greco, C., Devillé, W. (2011). Home Care in Europe: a systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 11(207), 1-14.
- Gil, A. (2009). *Serviço de Apoio Domiciliário - Ofertas e Custos no Mercado Privado*. Lisboa: Instituto da Segurança Social, IP.
- Goldberg, H., Delargy, D., Burstein, N., Schmitz, R., Moore, T. (1999). *Case-mix Adjustment for a National Home Care Health Prospective System*. New York: Abt Associates.
- Graub, P., Amerman, E. (2010). Community Based Long Term Care: A Collaborative Approach. In M. Harris (Ed.), *Handbook of Home Health Care Administration* (pp. 543-553). Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Gray, I., Berg, K., Fries, B., Hirdes, J., Steel, K., Morris, J. (2009). Sharing clinical information across care settings: the birth of an integrated assessment system. *Health Services Research*.
- Greene, V. (1983). Substitution between formally and informally provided care for the impaired elderly in the community. *Medical Care*, 21(6), 609-619.
- Guthrie, D., Poss, J. (2013). Development of a case-mix funding system for adults with combined vision and hearing loss [Electronic Version]. *BMC Health Services Research*, 13. Retrieved 24 junho 2013,
- Hawes, C., Fries, B., James, M., Guihan, M. (2007). Prospects and Pitfalls: use of the RAI-HC Assessment by the Department of Veterans Affairs for Home Care Clients. *The Gerontologist*, 47(3), 378-387.
- Henrard, J., Fritjers, D., Carpenter, I., Topinkova, E., Garms-Homolova, V., Finne-Soveri, H., Sorbye, L., Jónsson, P., Ljunggreen, G., Schroll, M., Wagner, C., Bernabei, R. (2006). Proposal of a service delivery integration index of home care for older persons: application in a several European cities. [Electronic Version]. *International Journal of Integrated Care*, 6, 1-9. Retrieved 12-01-2010,
- Hespanha, P., Monteiro, A., Ferreira, A., Rodrigues F., Nunes, M., Madeira, R. (2000). *Entre o Estado e o Mercado - As fragilidades das instituições de proteção social em Portugal*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Hespanha, P., Portugal, S. (2002). *Transformação da Família e a Regressão da Sociedade-Providência*. Porto: Ministério das Cidades, Ordenamento do Território e Ambiente - Comissão de Coordenação da Região Norte.
- Hirdes, J., Ljunggren, G., Morris, J., Fritjers, D., Sover, H., Gray, L., Björkgren, M., Gilgen, R. (2008). Reliability of the InterRAI suite of assessment instruments: a 12-country study of an integrated health information system. [Electronic Version]. *BMC Health Services Research*, 8. Retrieved 25/02/2012.
- Hirdes, J., Fries, B., Morris, J., Steel, K., Mor, V., Fritjers, D., Labine, S., Scalm, C., Stones, M., Teare, G., Smith, T., Marhaba, M., Perez, E., & Jonsson, P. (1999). Integrated health information systems based on the RAI/MDS series instruments. *Health Care Management Forum*, 12 (4), 30-40.
- Hollander, M., Chappell, N., Havens, B., McWilliam, C., Miller, J. (2002). Substudy 5: Study of the costs and outcomes of home care and residential long term care services. Retrieved 2014-02-03
- INE. (2014). Índice de Envelhecimento Retrieved 2014-03-05, from <http://www.ine.pt>
- Interrai.org.instruments. (2010). InterRAI Instruments. 2010
- ISS-IP. (2012). Manuais da Qualidade da Segurança Social. Retrieved 2011-06-21, from <http://www4.seg-social.pt>
- Jorgensen, D., Arksey, H., Parsons, M., Senior, H., Thomas, D. (2009). Why do older people in New Zealand enter residential care rather than choosing to remain at home, and who makes that decisions. *Ageing International*, 34(1-2), 15-32.
- Kane, R. (1994). Perspectives on Home Care Quality. *Health Care Financing Review*, 16(1), 69-89.
- Kane, R. (1999). Examining the Efficiency of Home Care. *Journal of Aging and Health*, 11(3), 322-340.
- Kane, R. (1999a). Goals of Home Care: Therapeutic, Compensatory, Esther or Both? *Journal of Aging and Health*. 11(3), 322-340.
- Lai, DW. (2004). Use of home care services by elderly Chinese immigrants. *Home Health Care Services Quarterly*. 23 (3), 41-56.
- Landi, F., Tua, E., Onder, G., Carrara, B., Sgadari, A., Rinaldi, C., Gambassi, G., Lattanzio, F., Bernabei, R. (2000). Minimum data set for home care: a valid instrument to assess frail older people living in the community. *Medical Care*, 38(12), 1184-1190.

- Larson, K., Silverstein, M., Thourslund, M. (2005). Delivering care to older people at home. In M. Johnson (Ed.), *The Cambridge handbook of age and aging*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lee, A. (2010). Reimbursement. In M. Harris (Ed.), *Handbook of Home Health Care Administration* (5^a ed.). Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Leutz, W. (2005). Reflections on Integrated medical and Social Care: Five Laws Revisited. *Journal of Integrated Care*, 13(5), 3-12.
- Li, L. (2005). Longitudinal Changes in the amount os Informal Care among Publicity Paid Home Care Recipients. *The Gerontologist*, 45(4), 465-473.
- Lopes, A. L., R. (Coord.), Dias, I., Ferreira, P., Fonseca, A., José, J.; Martin, I., Pereira, S., Santos, P. (2013). Enquadramento teórico, institucional e estatístico dos cuidados sociais a idosos em Portugal, from http://web.lettras.up.pt/modulo65mais/index_files/Page532.htm
- Marques, C. (2002). II Assembleia Mundial sobre Envelhecimento. *Pretextos*, 10, 7-8.
- Martin, J., Oliveira, L., Duarte, N. (2010). Análise da intensidade dos serviços prestados aos Utentes Idosos do Serviço de Apoio Domiciliário. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13(2), 245-253.
- Martin, J., Oliveira, L., Duarte, N. (2013). An Overview of In-Home Care for Older People in Portugal: An Empirical Study About Costumers. *Care Management Journals*, 14(1), 50-57.
- Mason, A., Weatherby, H., Spihbury, K., Arksey, H., Colder, S., Adamson, J., Drummond, M., Glendinning, C. (2007). A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of different models of community-based respite care for frail older people and theirs carers. [Electronic Version]. *Health Technology Assessment* 11. Retrieved 21-07-2012, from www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17459263
- Menack, J. (2010). Technologies That Support Aging in Place. In C. Cress (Ed.), *Geriatric Care Management* (Third Ed.). Santa, Cruz, California: Jones & Bartlett Learning.
- More, P., McCollough, R. (2000). Hospice: End-of-Life Care at Home. In R. Binstock, Cluff, L (Ed.), *Home Care Advances* (pp. 101-116). Florida: Springer Publishing Company Inc.
- Morris, J., Fries, B., Steel, K., Ikegami, N., Bernabei, R., Carpenter, G., Gilgen, R., Hirdes, J., Topinková, E. (1997). Comprehensive clinical assessment in community setting: applicability of the MDS-HC. *Journal of American Geriatrics Society*, 45(8), 1017-1024.

- Moudouni, D., Ohsfeldt, R., Miller, T., Phillips, C. (2012). The Relationship between Formal and Informal Care among Adult Medicaid Personal Care Services Recipients. *Health Research and Educational Trust*, 47(4), 1642-1660.
- Murer, C., Murer, M., Brick, L. (2011). *The Case Management Workbook. Defining the Role of the Physicians, Nurses and Case Managers*. New York: Taylor & Francis Group.
- O' Connell, A. (2010). Human Resource Management. In M. Harris (Ed.), *Handbook of Home Health Care Administration*. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- OECD. (2011). Help Wanted? Providing and Paying for Long Term Care (Publication. Retrieved 16-05-2013, from OECD Publishing:
- OECD. (2013). Retrieved 2013-11-12, from <https://www.oecd.org/statics>
- Oliveira, L. (2007). *Contextos do Serviço de Apoio Domiciliário*. Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Oliveira, L., Martin, J., Duarte, N. (2013). Análisis de la Satisfacción de los Receptores Mayores por El Servicio de Ayuda a Domicilio. *Trabajo Social Y Salud*, 74, 167-174.
- Osterweil, D., Brummel-Smith, K., Beck, J. (2000). *Comprehensive Geriatric Assessment*. New York: McGraw-Hill Companies.
- Otero, A., Garcia de Yebenes, MJ, Rodriguez-Laso A, Zunzunegui MV (2003). Unmet home care needs among community-dwelling elderly people in Spain. *Aging clinical and experimental research*. 15, 234-242.
- Parsons, M., Senior, H., Chen, X., Jacobs, S., Parsons, J., Sheridan, N., Kenealy, T. (2013). Assessment without action; a randomised evaluation of the interRAI home care compared to a national assessment tool on identification of needs and service provision for older people in New Zealand. *Health and Social Care in the Community*, 21(5), 536-544.
- Pastor-Sánchez, R. (2003). Grandezas y miserias de la Atención a Domicilio. *Semergen*, 29(8), 397-398.
- Paúl, C. (2005). Os Idosos no Futuro. *Pretextos - Demografia e Desenvolvimento*, 20, 16-17.
- Peters, D. (2010). Classification: An Underutilized Tool for Prospective Payment. In M. Harris (Ed.), *Handbook of Home Health Care Administration* (5^a ed.). Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.

- Phillips, C., Dyer, J., Anousek, V., Halperin, L., Hawes, C. (2008). Providing appropriate services to individuals in the community: a preliminary case-mix for model allocating personal care services. *Journal of health and human services administration*, 30(4), 378-401.
- Pimentel, A., Mesquita, A. (2003). *Serviços de proximidade*. Lisboa: Instituto de Emprego e Formação Profissional.
- Pimentel, L. (2002). *A Proteção Social às Pessoas Idosas: da Proclamação à Efetivação dos direitos.*
- Plano Nacional de Saúde. (2012). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Retrieved 2012-09-04, from <http://pns.dgs.pt>
- PORDATA. (2014). Indicadores de Envelhecimento. Retrieved 2014-11-15, from <http://www.pordata.pt/>
- Portaldasaude. (2013). História do Serviço Nacional de Saúde. Retrieved 2012-05-07, from <http://www.potaldasaude.pt>
- Porter, E., Ganong, L., Drew, N., Lanes, T. (2004). A New Typology of Home-Care Helpers. *The Gerontologist*, 44(6), 750-759.
- Portuguesa, C. R. (2014). Retrieved 2012-09-03, from <http://www.parlamento.pt>
- Poss, J., Hirdes, J., Fries, B., McKillop, I., Chase, M. (2008). Validation of Resource Utilization Groups Version III for Home Care (RUG III/HC). Evidence From a Canadian Home Care Jurisdiction *Medical Care*, 46(4), 380-387.
- Powell, J. (2010). *Ageing, Theory and Globalization*. New York: Nova Science.
- ProgramaNacionalSaudePessoasIdosas. (2012). Programa Nacional de saúde das Pessoas Idosas.
- Quaresma, L. (1999). Os Direitos das Pessoas Idosas - da ajuda doméstica domiciliária à intervenção integrada. In D. G. d. A. Social (Ed.), *Seminário Europeu - Apoio Domiciliário*. Lisboa: Direção Geral de Ação Social.
- Ramey, C., Cress, C. (2012). Integrating Late Life Relocation: The role of the GCM. In C. Cress (Ed.), *Handbook of Geriatric Care Management* (3^a ed., pp. 127-153). Sudbury: Jones & Bartlett Learning.
- Revilla, L., Almendro, J. (2003). La atención domiciliaria y la atención familiar en el enfoque de las enfermedades crónicas de los mayores. *Atención Primaria*, 31(9), 587-591.
- Rodríguez, P.; Sánchez, C. (2000). *El Servicio de Ayuda a Domicilio – Programación del Servicio, Manual de Formación para Auxiliares*. Madrid: Editorial Paraamericana.

- Rouse, P., Harrison, J., Sajtos, L., Parsons, M. (2011). Variety attenuation through specification, categorization and measurement: a study of case-mix in home care services. In O. F.-A. Papers (Ed.) (pp. 63-81). Otago: Otago University.
- Santana, S., Dias, A., Souza, E., Rocha, N. (2007). The Domiciliary Support Service in Portugal and the change of paradigm in care provision. *International Journal of Integrated Care*, 7(15).
- Santana, S. (2010). Reforming Long-Term Care in Portugal: Dealing with the Multidimensional Character of Quality. *Social Policy and Administration*, 44(4), 512-528.
- Serrano, P., Tena-Dávila, M. (2004). Criterios de fragilidad en los usuarios del servicio de ayuda a domicilio. *Revista Española de Geriatria y Gerontologia*, 39(1), 9-18.
- Seutin, R. (1999). *Planification et Programmation des Services D'aide à Domicile*. Paper presented at the Seminário Europeu - Apoio Domiciliário.
- Shaughnessy, P., Crisler, K. (2010). Effectiveness of a Clinical Feedback Approach to Improving Patient Outcomes. In M. Harris (Ed.), *Handbook of Home Health Care Administration* (5^a Ed.). Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Shaw, C., Mcnamara, R., Abrams, K., Cannings-John, R., Hood, k., Longo, M., Myles, S., O'Mahony, S., Roe, B., Williams, K. (2009). Systematic review of respite care in frail elderly. [Electronic Version]. *Health Technology Assessment*, 13. Retrieved 31-01-2013, from <http://journalslibrary.nihr.ac.uk>
- Sheets, D., Rubino, L. (2005). Rehabilitation. In C. Evashwick (Ed.), *The Continuum of Long Term Care* (pp. 391-409). Florida: Thomsom Delmar Learning.
- Shugarman, L., Fries, B., James, M. (2000). A comparison of Home Care Clients and Nursing Home Residents: Can Community Based Care Keep the Elderly and Disabled at Home? *Home Health Care Services*, 18(1), 25-45.
- Simões, J. (2003). *Dependência do percurso e inovação em políticas e práticas de saúde: da ideologia ao desempenho - Lições para o futuro da avaliação de três hospitais do Serviço Nacional de Saúde*. Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Simões, J. (2010). *30 anos do Serviço Nacional de Saúde - Um percurso comentado*. Coimbra: Almedina.
- Sorbye, L. (2009). *Frail Homebound Elderly: basic nursing challenges of home care. A comparative study across 11 sites in Europe*. University of Tromsø, Tromsø.
- Sorbye, L., Garms-Homolová, V., Henrard, J., Jónsson, P., Fialová, D., Topinková, E., Gambassi, G. (2009). Shaping home care in Europe: The contribution of the Aged in Home Care project. *Maturitas*, 62, 235-242.

- Sousa, L., Figueiredo, D., Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em Família - Cuidados Familiares na Velhice*. Porto: Âmbar.
- Stineman, M. (1995). Case-mix measurement in medical rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 76, 1163-1170.
- Stoddart, H., Whitley, E., Harvey, I. Sharp, D. (2002). What determines the use of home care services by elderly people? *Health & Social Care in the Community*, 10, 348-360
- Stone, R. (2004). The Direct Care Worker: The Third Rail of Home Care Policy. *Annual Review of Public Health*, 25, 521-537.
- Struyk, R., Alexandrova, A., Belyakov, I., Chagin, K. (2006). Client Satisfaction with Home Care Services in Rural Russia. *Journal of Aging & Social Policy*, 18(1), 87-105.
- Tarricone, R., Tsouros, A. (2008). *Home Care in Europe: the solid facts*.
- Thomé, B., Dykes, A., Hallberg, I. (2003). Home care with regard to definition, care recipients, content and outcome: systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 12(6), 860-872.
- Vásquez, M., Ambroj, J. (2004). Sistemas de clasificación de pacientes en la información sociosanitaria y perspectivas desde la medicina de rehabilitación. *Rehabilitation (Madr)*, 38(6), 287-295.
- Wacker, R., Roberto, K., Piper, L. (2002). *Community Resources for Olders Adults - Programs and Services in an Era of Change*. New York: Sage Publications Inc.
- White, C., Pizer, S., White, A. (2002). Assessing the RUG-III resident classification system for skilled nursing facilities. *Health Care Financing Review*, 24(2), 7-15.
- Zbylot, S., Job, C., McCormick, E., Boulter, C., Moore, A. (1995). A Case-mix Classification System for Long-Term Care Facilities. *Nursing Management*, 6(4), 49-55.
- Zimmerman, G. (2000). *Velhice - Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Normativos referenciados

Decreto-Lei 119/83 de 25 de fevereiro

Decreto-Lei n.º 30/89 de 24 de janeiro.

Despacho Normativo 75/92 de 20 de maio

Decreto-Lei n.º 133-A/97 de 30 de maio

Despacho Conjunto n.º 259/97 publicado no Diário da República n.º 192, de 21 de Agosto

Despacho Normativo n.º 12/98 de 13 de janeiro

Despacho conjunto n.º 407/98 de 15 junho

Decreto-Lei n.º 265/99 de 14 de julho

Despacho Normativo 62/99 de 12 de novembro

Decreto-Lei n.º 208/2001 de 27 de julho

Decreto-Lei n.º 232/2005 de 29 de dezembro

Portaria n.º 426/2006 de 2 de maio

Decreto-Lei 101/2006 de 6 de junho

Portaria n.º 869/2006 de 29 de agosto

Decreto-Lei n.º 64/2007 de 14 de março

Portaria n.º 38/2013 de 30 de janeiro

Compromisso de Cooperação para o Sector Solidário – Protocolo para o Biénio 2015-2015

ANEXO I

Minimum Data Set Home Care – Versão portuguesa

interRAI



Responda em relação aos últimos 3 dias, a menos que seja indicado outro período

interRAI

Seccão A

Informação de Identificação

A1. Nome do Utente

[illegible]

A2. Género

Insira o número

7

1. Masculino
2. Feminino

A3. Data de Nascimento

- -
Ano **Mês** **Dia**

A4. Estado Civil

Insira o número

7

1. Solteiro (a) 4. Viúvo (a)
2. Casado (a) 5. Separado (a)
3. União de facto 6. Divorciado (a)

A5. Número de Identificação Pessoal

- ## 1. N° Segurança Social

[illegible]

- 2. N° do Cartão de Utente/Serviços de Saúde**

[illegible]

A6. Identificação da Instituição

Nome da Instituição

[illegible]

interRAI

Secção A

Informação de Identificação

A7. Actuais Fontes de Financiamento (por utente)

Insira o número

1. Não (se a opção for NÃO passe para A8)
2. Sim

Se SIM assinala com um X todas as opções que se enquadram e faça uma estimativa de 0-100 em percentagem

a) o próprio - %

b) a família - %

c) Segurança Social - %

d) serviços de saúde - %

e) companhia de seguros %

f) seguro privado - %

g) outros - %

A8. Motivo de Avaliação

Insira o número

1. Primeira avaliação
2. Reavaliação de rotina
3. Avaliação após saída temporária do serviço (ex: internamento hospitalar)
4. Mudança significativa no estado
5. Reavaliação próxima da alta (abrange últimos 3 dias de serviço)
6. Avaliação apenas de rastreio
7. Outro (por exemplo: pesquisa)

Data de referência da avaliação

- -
Ano Mês Dia

Objectivos dos Cuidados expressos pelo utente/cuidador

Identificar objectivo principal _____

interRAI

Secção A

Informação de Identificação

A9. Código Postal

- (ex: 3870-332 Aveiro)

A10. Residência no Momento da Avaliação

Insira o número

1. Casa Própria ☐ Apartamento ☐ Quarto alugado ☐
2. Lar Privado
3. Lar de Idosos (comparticipação da Segurança Social)
4. Residência de Saúde Mental
5. Hospital Psiquiátrico ou Unidade de Psiquiatria
6. Residência para Pessoas com limitação/défice intelectual
7. Hospital/Unidade de Reabilitação
8. Unidade de Cuidados Paliativos
9. Hospital de Cuidados Agudos
10. Sem abrigo
11. Outra

A11. Com quem vive (agregado familiar)

Insira o número

a. Vive:

01. Sozinho(a)
2. Com Cônjuge/Parceiro(a)
3. Com Cônjuge/Parceiro(a) e outros
4. Com filhos (sem Cônjuge ou Parceiro/a)
5. Com o(s) Pai(s) ou Tutor(es)
6. Com Irmão(s)
7. Com outros parentes
09. Com outros (sem laços familiares)

Insira o número

b. Em comparação com 90 dias atrás (ou desde a última avaliação) o utente vive agora com alguém novo. Por exemplo: Foi morar com outra pessoa.

1. Não
2. Sim

Insira o número

c. Utente ou familiar sente que seria melhor para o utente que vivesse em outro lugar.

1. Não
2. Sim, outra residência na Comunidade
3. Sim, Instituição

interRAI

Secção A

Informação de Identificação

A12. Tempo desde a última estadia Hospitalar (só inclui internamento)

Insira o número

--	--

(Código para mais recente estadia nos últimos 90 dias)

1. Sem internamento nos últimos 90 dias
2. 31 a 90 dias atrás
3. 15 a 30 dias atrás
4. 8 a 14 dias atrás
5. Nos últimos 7 dias
6. Encontra-se internado no hospital

interRAI

Secção	Entrada e História de
---------------	------------------------------

Nota: Complete na avaliação de admissão/apenas na primeira avaliação

B1. Data de Abertura do Caso	
-------------------------------------	--

	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 10px; text-align: center;">-</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 10px; text-align: center;">-</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">Ano</td> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Mês</td> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Dia</td> </tr> </table>					-			-			Ano					Mês			Dia	
				-			-														
Ano					Mês			Dia													

B2. Raça	
-----------------	--

	<p>1. Não (se a opção for NÃO passe para B3)</p> <p>2. Sim</p> <p>Raça</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="padding: 5px;">a) Branca ou Caucasiana</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">b) Negra</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">c) Amarela</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">d) Outra</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	a) Branca ou Caucasiana	<input type="checkbox"/>	b) Negra	<input type="checkbox"/>	c) Amarela	<input type="checkbox"/>	d) Outra	<input type="checkbox"/>
a) Branca ou Caucasiana	<input type="checkbox"/>								
b) Negra	<input type="checkbox"/>								
c) Amarela	<input type="checkbox"/>								
d) Outra	<input type="checkbox"/>								

B3. Idioma Principal	
-----------------------------	--

Insira o número <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div>	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>1. Português</p> <p>2. Inglês</p> <p>3. Espanhol</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>4. Francês</p> <p>5. Outro</p> </td> </tr> </table>	<p>1. Português</p> <p>2. Inglês</p> <p>3. Espanhol</p>	<p>4. Francês</p> <p>5. Outro</p>
<p>1. Português</p> <p>2. Inglês</p> <p>3. Espanhol</p>	<p>4. Francês</p> <p>5. Outro</p>		

interRAI

Secção

Entrada e História de

Nota: Complete na avaliação de admissão/apenas na primeira avaliação

B4. História Residencial nos Últimos 5 Anos

(código para utentes que viviam em todos tipos de cenários durante os 5 anos anteriores à abertura do caso - Item B1). Codificar todas as residências em que esteve nos últimos 5 anos anteriores à admissão.

1. Não
2. Sim

a) Cuidados a Longo Prazo.

☐

b) Lar de Idosos/Residência Assistida

☐

c) Residência de Saúde Mental

☐

d) Hospital/Unidade Psiquiátrica

☐

e) Residência para Pessoas com limitação/défice intelectual

☐

f) Residência

☐

interRAI

Secção C

Cognição

C1. Habilidades Cognitivas para Tomada de Decisão Diária

Insira Número

(tomada de decisão sobre as tarefas da vida diária. Por exemplo: quando se levantar que roupa vestir ou fazer as refeições; ou outras actividades)

1. **Independente** - decisões consistentes, razoáveis e seguras
2. **Independência Reduzida** - alguma dificuldade apenas em novas situações
3. **Minimamente Prejudicada** - em determinadas situações recorrentes, as decisões tornam-se inadequadas com necessidade de supervisão nesses casos
4. **Moderadamente Prejudicada** - decisões de forma consecutivamente inadequadas ou inseguras; com supervisão necessária em todos os casos
5. **Severamente Prejudicada** - nunca ou raramente toma decisões
6. *Nenhuma Consciência Discernível. Coma (Passar para a Secção G)*

C2. Memória/ Capacidade de Recordar

(código para a recordação do que foi apreendido ou reconhecido)

1. Memória Intacta
2. Problema de Memória

a) **Memória de Curto Prazo** - parece recordar após 5 minutos

☐

b) **Memória Processual** - pode executar todas ou quase todas as etapas numa sequência de multitarefas sem ajuda para iniciá-las

☐

c) **Memória Situacional** - reconhece os nomes/faces dos cuidadores e pessoas frequentemente encontradas, e conhece a localização dos lugares visitados regularmente na casa (sala de jantar, quarto, sala de actividades...)

☐

interRAI

Secção C	Cognição
-----------------	-----------------

C3. Pensamento/Consciência Periodicamente Desordenada	
	<p>(Nota: Uma avaliação rigorosa requer conversas com a família, pessoal ou outras pessoas que tenham conhecimento directo do comportamento da pessoa ao longo deste tempo)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Não apresenta comportamento 2. Apresenta comportamento, mas é consciente com o funcionamento habitual 3. Apresenta comportamento, aparentemente diferente do funcionamento habitual (por exemplo: aparecimento da perda da linha de pensamento ou agravamento, de assunto para assunto) <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 80%;"> <p>a) Fácilmente distraído - (ex: episódios de dificuldade de prestar atenção)</p> <p>b) Episódios de discurso incoerente - (ex: discurso sem sentido, irrelevante, ou divaga de assunto para assunto, perde a linha de pensamento)</p> <p>c) Função Mental varia ao longo do dia - (ex: às vezes melhor, outras pior)</p> </div> <div style="width: 15%; text-align: center;"> <input style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> <input style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> <input style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> </div> </div>
C4. Mudança Aguda no Estado Mental do Funcionamento Habitual do Utente	
Insira o número <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>	<p>(Ex: agitação, dificuldade em acordar, alteração da percepção ambiental)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Não 2. Sim
C5. Mudança na Capacidade de Tomada de Decisão em Relação a 90 dias Atrás (ou desde a última avaliação)	
Insira o número <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melhorou 2. Sem alteração 3. Piorou 4. Incerto

interRAI

Secção D

Comunicação e Visão

D1. Capacidade de se Fazer Entender (Expressão)

Insira número

(Expressar o conteúdo da informação - verbal e não verbal)

- 0. Entende-se** - expressa ideias sem dificuldade
- 1. Geralmente entende-se** - dificuldade em encontrar as palavras ou concluir raciocínios, MAS, se for dado um pouco de tempo não requer ajuda.
- 2. Muitas vezes entende-se** - dificuldade em encontrar as palavras ou concluir raciocínios e normalmente requer ajuda
- 3. Por vezes entende-se** - capacidade limitada a solicitações concretas
- 4. Raramente ou nunca se entende**

D2. Capacidade para Entender os Outros (Compreensão)

Insira número

(Compreensão do conteúdo da informação verbal - com aparelho auditivo se usado normalmente)

- 0. Compreende** - compreende claramente
- 1. Geralmente compreende** - não compreende algumas partes/intenção da mensagem, mas compreende a maior parte
- 2. Frequentemente compreende** - não compreende algumas partes/intenção da mensagem, mas com a repetição ou explicação, consegue frequentemente compreender a conversação
- 3. Por vezes compreende** - responde somente de forma adequada a uma comunicação simples e directa
- 4. Raramente ou nunca compreende**

interRAI

Secção D

Comunicação e Visão

D3. Audição

Insira o número

(Capacidade de ouvir - com aparelho auditivo se normalmente usado)

0. **Ouve adequadamente** - sem dificuldade numa conversação normal, interacção social, ouvir TV...
1. **Dificuldade mínima** - dificuldade em alguns ambientes (ex: quando a pessoa fala baixo ou a mais de 2 metros de distância)
2. **Dificuldade moderada** - dificuldade em ouvir uma conversa normal, requer ambiente silencioso para ouvir bem
3. **Dificuldade grave** - dificuldade em todas as situações (ex: o interlocutor/emissor tem de falar mais alto ou muito devagar; ou a pessoa refere ouvir discurso incompreensível)
4. **Não ouve**

D4. Visão

Insira o número

(Capacidade para ver sob iluminação adequada - com óculos ou outro dispositivo normalmente usado)

1. **Adequada** - vê detalhes finos incluindo impressão regular em jornais e livros
2. **Dificuldade mínima** - vê os títulos mas não os caracteres de jornais e livros
3. **Dificuldade moderada** - visão limitada; incapaz de ver os títulos dos jornais, mas é capaz de identificar objectos
4. **Dificuldade severa** - dificuldade em ver o objecto em questão, mas os olhos parecem seguir o objecto identificando; vê apenas a luz, cores ou formas
4. **Não vê**

interRAI

Secção E

Humore e Comportamento

E1. Indicadores de possível depressão, ansiedade OU tristeza

(Código para indicadores observados nos últimos 3 dias, independentemente da causa presumível.
Nota: sempre que possível perguntar ao próprio)

1. Não está presente
 2. Presente mas não observado nos últimos 3 dias
 3. Observado 1 a 2 vezes nos últimos 3 dias
 4. Observação diária nos últimos 3 dias
-
- a) **Faz declarações negativas** - (ex: “Nada importa”; “Preferia estar morto”; “Qual o interesse”; “Arrependo-me de ter vivido tanto tempo”; “Deixa-me morrer” ...) ☐
- b) **Irritação persistente consigo ou com os outros** - (ex: facilmente irritado, enraivecido com os cuidados que recebe) ☐
- c) **Expressões incluindo não verbais, de medos aparentemente irrealistas** - (ex: medo de ser abandonado, de ficar só apesar de estar com outros; medo intenso de objectos ou situações específicas) ☐
- d) **Queixas de saúde repetitivas** - (ex: procura persistente de atenção médica, preocupação incessante com as funções do corpo) ☐
- e) **Queixas/preocupações repetitivas e ansiosas não relacionadas com a saúde** - (ex: procura persistente de atenção/confirmação sobre cumprimento de horários, refeições, lavandaria, vestuário e relações) ☐
- f) **Expressões faciais de tristeza, dor ou preocupação** - (ex: testa franzida ou expressão carregada) ☐
- g) *Chorar* ☐
- h) **Afirmações recorrentes de que algo de terrível está para acontecer** - (ex: acredita que está prestes a morrer ou ter um ataque cardíaco) ☐
- i) **Abandono de actividades de interesse** - (ex: sem interesse em actividades de longa data ou convivência com a família ou amigos) ☐
- j) *Interacção social reduzida* ☐
- k) **Expressões incluindo não verbais, de falta de prazer na vida - anedonia** - (ex: “Eu não me divirto com mais nada”) ☐

interRAI

Secção E

Humor e Comportamento

E2. Auto Avaliação do Humor

(Código para indicadores observados nos últimos 3 dias, independentemente da causa presumível)

1. Não aconteceu nos últimos 3 dias
2. Costuma sentir, mas não nos últimos 3 dias
3. Observado 1 a 2 vezes nos últimos 3 dias
4. Observação diária nos últimos 3 dias
5. Pessoa não pode (ou não quer) responder

Pouco interesse ou prazer no que normalmente gosta?

☐

Ansioso, inquieto ou incomodado?

☐

Triste, deprimido ou sem esperança?

☐

E3. Sintomas Comportamentais

(Código para indicadores observados nos últimos 3 dias, independentemente da causa presumível)

1. Não está presente
2. Presente mas não observado nos últimos 3 dias
3. Observado 1 a 2 vezes nos últimos 3 dias
4. Observação diária nos últimos 3 dias

a) **Pereambulação** - desloca-se sem motivo, aparentemente alheio a necessidades ou segurança

☐

b) **Agressão verbal** - (ex: ameaçou outros, gritou...)

☐

c) **Agressão física** - (ex: atingiu outros, empurrou, arranhou, abusou sexualmente)

☐

d) **Comportamentos sociais inadequados** - (ex: fez sons ou ruídos perturbadores, gritou, atirou/acumulou alimentos ou fezes, vasculhou pertences de outros)

☐

e) *Comportamento sexual inadequado em público ou despir-se em público*

☐

f) **Resistência aos cuidados** - (ex: tomar a medicação/injecções, assistência nas actividades da vida diária como alimentar-se)

☐

interRAI

Secção F

Bem-Estar Psicossocial

F1. Relações Sociais

(Nota: Preencher de acordo com a escala. Sempre que possível perguntar ao próprio)

1. Nunca
2. Há mais de 30 dias atrás
3. De 8 a 30 dias atrás
4. De 4 a 7 dias atrás
5. Nos últimos 3 dias
6. Incapaz de determinar

a) Participação em actividades sociais de interesse de longa data ☐

b) Visita de um amigo/conhecido de longa data ou membro da família ☐

c) Outro tipo de contacto com um amigo/conhecido de longa data ou membro da família (ex: por telefone, e-mail...) ☐

d) Conflito ou raiva com a família ou amigos ☐

e) Medo de um membro da família ou de um conhecido ☐

f) Negligenciado, abusado ou maltratado ☐

F2. Solidão

Insira o número

(Nota: Refere ou indica que se sente só)

1. Não
2. Sim

interRAI

Secção F

Bem-Estar Psicossocial

F3. Mudanças nas Actividades Sociais nos Últimos 90 Dias (ou desde Última Avaliação se há Menos de 90 Dias)

(Diminuição ao nível da participação social, religiosa, ocupacional ou outra actividade preferida)

QUESTÃO: Se houve uma diminuição a pessoa ficou incomodada/aborrecida por este facto?

Insira o número

- 0. Não houve diminuição
- 1. Houve diminuição mas sem incómodo
- 2. Houve diminuição com incómodo

F4. Período de Tempo em que Permanece Sozinho Durante o Dia (manhã e tarde)

Insira o número

- 0. Menos de 1 Hora
- 1. 1 - 2 Horas
- 2. Mais de 2 Horas mas menos de 8 Horas
- 3. 8 Horas ou mais

F5. Principais Agentes Provocadores de Stress na Vida nos Últimos 90 Dias

Nota: Referir **Se SIM** ou **Se NÃO**.

(**Ex:** episódio de doença pessoal grave; morte ou doença pessoal grave de parente próximo ou amigo; perda da casa; grande perda de dinheiro/bens; vítima de crime, como roubo ou assalto; perda da licença de condução/carro)

Insira o número

- 1. Não
- 2. Sim

interRAI

Secção G

Estado Funcional

G1. Actividades da Vida Diária - Instrumentais (AVDI) Desempenho e Capacidade

(Código para desempenho nas actividades diárias no domicílio ou na comunidade durante os últimos 3 dias)

(Código para capacidade baseada na habilidade para transportar; para realizar uma actividade da forma mais independente possível. Isto exigirá especulação por parte do avaliador)

- 0) **Independente** - sem ajuda, nem na preparação, nem na supervisão
- 1) *Necessita de ajuda apenas na preparação*
- 2) **Supervisão**
- 3) **Assistência limitada** - ajuda em algumas ocasiões
- 4) **Assistência ampla** - ajuda durante a tarefa mas 50% ou mais é realizada pelo próprio
- 5) **Assistência máxima** - ajuda durante a tarefa mas menos de 50% é realizada pelo próprio
- 6) **Assistência total** - toda a tarefa é executada por outras pessoas durante todo o período
- 7) **Não ocorre actividade** - durante todo o período (não usar este código no Score da Capacidade)

		DESEMPENHO	CAPACIDADE
	a) Preparação das refeições - como são preparadas as refeições (ex: planejar, preparar, ingredientes, cozinhar, dispor os alimentos e utensílios)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) Actividades domésticas - como são realizadas as actividades domésticas (ex: limpar o pó, fazer a cama, arrumar, lavar a roupa...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c) Gestões das finanças - como as contas são pagas, como é feito o controle dos cheques, das despesas da casa e do cartão de crédito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d) Gestão da medicação - como a medicação é administrada? (ex: lembrar de tomar os medicamentos, abertura dos frascos, tomar a dose correcta, dar injeções, aplicação de pomadas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

interRAI

Secção G

Estado Funcional

G1. Actividades da Vida Diária - Instrumentais (AVDI) Desempenho e Capacidade

		DESEMPENHO	CAPACIDADE
	e) Uso do telefone - como as chamadas telefónicas são feitas ou recebidas (com dispositivos auxiliares como um telefone com números ampliados ou amplificação do som)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f) Escadas - como faz um lanço de degraus? (12-14 escadas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	g) Ir às compras - como são realizadas as compras como por exemplo de alimentos e utensílios domésticos - Excluir o transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	h) Transporte - como realiza viagens em transportes públicos (orientação, pagamento do bilhete) OU conduz o próprio (incluindo sair de casa e entrar e sair do veículo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

interRAI

Secção G

Estado Funcional

G2. Actividades da Vida Diária (AVD) - Desempenho

(Considerar os episódios ao longo dos três últimos dias)

- Se todos os episódios são realizados no mesmo nível, seleccione AVD naquele nível.
- Se quaisquer episódios de uma AVD forem de nível 6 e outros em níveis de menor dependência, pontue a AVD com o nível 5
- Noutras situações, foca-se nos 3 episódios maior dependência (ou em todos os episódios se realizados menos de 3 vezes). Se o episódio de maior dependência é nível 1, pontue AVD como 1. Caso contrário, pontue AVD de acordo com o episódio de menor dependência de entre aqueles entre os níveis 2 e 5.

- 0) **Independente** - sem ajuda física, preparação, supervisão em qualquer episódio
- 1) **Independente, com ajuda apenas na preparação** - Dispositivo colocado ao alcance, sem ajuda física ou supervisão em qualquer episódio
- 2) **Supervisão** - Acompanhamento, fornecimento de dicas
- 3) **Assistência limitada** - ajuda na condução do movimento dos membros, condução sem sustentação do peso
- 4) **Assistência ampla** - apoio na sustentação do peso (incluindo elevação dos membros) por um cuidador, mas onde a pessoa ainda executa 50% ou mais das sub-tarefas
- 5) **Assistência máxima** - apoio na sustentação do peso (incluindo elevação dos membros com ajuda de 2 ou mais pessoas OU apoio na sustentação do peso para mais de 50% das sub-tarefas
- 6) **Dependência total** - realização da actividade por completo por outra pessoa durante todos os episódios
- 7) *Não ocorre actividade durante todo o período*

		DESEMPENHO
	a) Banho - como toma um banho de corpo inteiro ou duche. Inclusive como é transferido para dentro e fora da banheira ou chuveiro e como lava as partes do corpo: braços, membros inferiores, peito, abdómen, área peri- neal - Exclui lavagem das costas e cabelo	<input type="checkbox"/>
	b) Higiene Pessoal - como faz a sua higiene pessoal, incluindo pentear o cabelo, lavar os dentes, fazer a barba, aplicar maquilhagem, lavar e secar o rosto e as mãos. Excluir banho e o duche	<input type="checkbox"/>
	c) Vestir-se da cintura para cima - como veste/despe acima da cintura (camisola, roupa interior) incluindo próteses e ortóteses, fechos	<input type="checkbox"/>
	d) Vestir-se da cintura para baixo - como veste/despe abaixo da cintura (calças, saias, cintos, roupa interior) incluindo próteses e ortóteses	<input type="checkbox"/>
	e) Andar - como anda entre locais dentro de casa no mesmo piso	<input type="checkbox"/>

interRAI

Secção G

Estado Funcional

G2. Actividades da Vida Diária (AVD) - Desempenho

		DESEMPENHO
	f) Locomoção - como anda entre locais no mesmo piso (andar ou circular em cadeira de rodas ou similares). Se usa cadeira de rodas, é auto-suficiente uma vez na cadeira	<input type="checkbox"/>
	g) Transferência para a sanita - como se senta e levanta da sanita	<input type="checkbox"/>
	h) Uso da Casa de banho - como usa a casa de banho (arrastadeira ou urinol), como se limpa após o uso da sanita, ou episódio de incontinência, muda de fralda, gere a ostomia ou cateter, veste/ajusta as roupas. Excluir transferência para a sanita	<input type="checkbox"/>
	i) Mobilidade na cama - como se deita e levanta, se alterna a posição de decúbito lateral e posiciona o corpo na cama	<input type="checkbox"/>
	j) Alimentação - como bebe e come (independentemente da perícia), incluindo ingestão do alimento por outros meios (sonda de alimentação, nutrição parenteral total).	<input type="checkbox"/>

interRAI

Secção G

Estado Funcional

G3. Locomoção / Andar

Insira o número <input type="text"/>	<p>a. Modo principal de locomoção</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Move-se sem nenhum dispositivo de apoio 1. Move-se com a utilização de dispositivo de apoio (por exemplo: canadianas, muletas, andarilho) 2. Cadeira de Rodas, Scooter (veículo motorizado) 3. Restrito ao leito
Insira o número <input type="text"/> <input type="text"/>	<p>b. Caminhada de 4 metros cronometrada</p> <p>Estabelecer uma linha recta, sem obstáculos. Colocar a pessoa numa posição, com os pés a tocar apenas na parte inicial da linha. Depois diz: “Quando disser para começar é para dar passos normais (com ou sem dispositivo de apoio). Isto não é um teste para avaliar quão rápido caminha. Pare sempre que disser para parar. Compreendeu?”</p> <p>O avaliador deve exemplificar o teste e depois então diz: ”Comece a caminhar agora.” Neste momento inicie o cronómetro e conte o tempo quando o pé começar a avançar. Pare a contagem quando o pé passar os 4 metros.</p> <p>Neste momento diz pode parar agora.”</p> <p>Introduza o tempo em segundos (até 30 segundos)</p> <p>30 - 30 ou mais segundos para andar 4 metros</p> <p>77 - Parou antes do teste terminar</p> <p>88 - Recusou-se a fazer o teste</p> <p>99 - Não foi testado (por exemplo: não caminha)</p>
Insira o número <input type="text"/>	<p>c. Distância caminhada - maior distância percorrida de uma vez sem se sentar nos últimos 3 dias (com apoio se necessário)</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Não caminhou 1. Caminhou menos de 5 metros 2. Caminhou entre 5 a 49 metros 3. Caminhou entre 50 a 99 metros 4. Caminhou mais de 100 metros 5. Caminhou 1 ou mais quilómetros
Insira o número <input type="text"/>	<p>d. Distância percorrida em cadeira de rodas - maior distância percorrida em cadeira de rodas, sem ajuda de outras pessoas, de uma vez nos últimos 3 dias (inclui o uso independente de cadeira de rodas motorizada)</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Empurrado por outros 1. Usa cadeira de rodas ou Scooter (veículo motorizado) 2. Andou com cadeira de rodas menos de 5 metros 3. Andou com cadeira de rodas de 5 a 49 metros 4. Andou com cadeira de rodas de 50 a 99 metros 5. Andou com cadeira de rodas mais de 100 metros 6. Não usou a cadeira de rodas

interRAI

Secção G

Estado Funcional

G4. Nível de Actividade

Insira o número

a. Total de horas de exercício ou actividade física nos últimos 3 dias (ex: caminhar)

- 0. Nenhuma hora
- 1. Menos de 1 hora
- 2. Entre 1 a 2 horas
- 3. Entre 3 a 4 horas
- 4. Mais de 4 horas

Insira o número

b. N.º de dias em que saiu de casa ou prédio onde reside, nos últimos 3 dias
(não importa a duração total)

- 0. Não saiu nenhum dia
- 1. Não saiu nos últimos 3 dias, mas é usual sair num período de 3 dias
- 2. 1-2 dias
- 3. 3 dias

G5. Potencial de Melhoria Funcional

- 0. Não
- 1. Sim

a. Pessoa acredita que é capaz de melhorar o desempenho funcional

☐

b. Profissional de Saúde consider que a pessoa é capaz de melhorar o desempenho funcional

☐

G6. Mudança no Estado das AVDB comparativamente a 90 Dias Atrás ou desde a Última Avaliação Realizada se há menos de 90 Dias Atrás

Insira o número

- 0. Melhorou
- 1. Sem mudança
- 2. Piorou
- 3. Incerto

interRAI

Secção G

Estado Funcional

G7. Condução

Insira o número

a. Conduziu o carro nos últimos 90 dias

- 0. Não
- 1. Sim

Insira o número

b. Se conduziu nos últimos 90 dias o avaliador tem conhecimento de que alguém sugeriu que se limitasse a condução da pessoa ou que esta parasse de conduzir

- 0. Não ou não conduz
- 1. Sim

interRAI

Secção H

Continência

H1. Continência Urinária

Insira o número

- 0) **Continente** - controlo completo, não usa qualquer tipo de cateter ou outro dispositivo de colecta urinário
- 1) **Controlo com qualquer cateter ou ostomia** - nos últimos 3 dias
- 2) **Episódios de incontinência raros** - sem episódios de incontinência nos últimos 3 dias, mas apresenta episódios pontuais de incontinência
- 3) **Incontinência ocasional** - menos que diariamente
- 4) **Incontinência frequente**- diária, mas com algum controlo
- 5) **Incontinente** - sem controlo
- 6) **Não ocorreu** - nenhuma saída de urina nos últimos 3 dias

H2. Dispositivo de Colecta Urinária (exclui: pensos higiénicos e fraldas)

Insira o número

- 1) Nenhum
- 2) Cateter externo ("Cateter do preservativo")
- 3) Cateter interno
- 4) Citostomia, Nefrostomia, Ureterostomia

H3. Continência Fecal

Insira o número

- 0) **Continente** - controlo completo, não usa qualquer tipo de dispositivo de ostomia
- 1) **Controlo com dispositivo de ostomia** - nos últimos 3 dias
- 2) **Episódios de incontinência raros** - sem episódios de incontinência nos últimos 3 dias, mas apresenta episódios pontuais de incontinência
- 3) **Incontinência ocasional** - menos que diariamente
- 4) **Incontinência frequente**- diária, mas com algum controlo
- 5) **Incontinente** - sem controlo
- 6) **Não ocorreu** - não houve eliminação de fezes nos últimos 3 dias

H4. Usa Pensos Higiénicos ou Fraldas?

Insira o número

- 0) Não
- 1) Sim

interRAI

Secção I	Doenças Diagnosticadas
-----------------	-------------------------------

CÓDIGO DE DOENÇA	<p>0) Ausente</p> <p>1) Diagnóstico principal / motivo de assistência actual</p> <p>2) Diagnóstico presente e recebe tratamento activo</p> <p>3) Diagnóstico presente, doença monitorizada mas não recebe tratamento</p>
-------------------------	--

I1. Doenças Diagnosticadas		
	Músculo-esqueléticas	
	a) Fractura do fémur nos últimos 30 dias ou desde a última avaliação se há menos de 30 dias	<input type="checkbox"/>
	b) Outra fractura nos últimos 30 dias ou desde a última avaliação se há menos de 30 dias	<input type="checkbox"/>
	Neurológicas	
	c) Doença de Alzheimer	<input type="checkbox"/>
	d) Outros estados demenciais	<input type="checkbox"/>
	e) Hemiplegia	<input type="checkbox"/>
	f) Esclerose múltipla	<input type="checkbox"/>
	g) Paraplegia	<input type="checkbox"/>
	h) Doença de Parkinson	<input type="checkbox"/>
	i) Tetraplegia	<input type="checkbox"/>
	j) AVC - Acidente Vascular Cerebral	<input type="checkbox"/>

interRAI

Secção I

Doenças Diagnosticadas

I1. Doenças Diagnosticadas

	Cardíacas ou Pulmonares	
	k) Doença Arterial Coronária	<input type="checkbox"/>
	l) Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica	<input type="checkbox"/>
	m) Insuficiência Cardíaca Congestiva	<input type="checkbox"/>
	Psiquiátricas	
	n) Ansiedade	<input type="checkbox"/>
	o) Transtorno Bipolar	<input type="checkbox"/>
	p) Depressão	<input type="checkbox"/>
	q) Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>
	Infecções	
	r) Pneumonia	<input type="checkbox"/>
	s) Infecção do tracto urinário nos últimos 30 dias	<input type="checkbox"/>
	Outras	
	t) Cancro	<input type="checkbox"/>
	u) Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>

interRAI

Secção I	Doenças Diagnosticadas
----------	------------------------

CÓDIGO DE DOENÇA	<p>0) Ausente</p> <p>1) Diagnóstico principal / motivo de assistência actual</p> <p>2) Diagnóstico presente e recebe tratamento activo</p> <p>3) Diagnóstico presente, doença monitorizada mas não recebe tratamento</p>
------------------	--

12. Outras Doenças Diagnosticadas			
	Diagnóstico	Identificar Código CID - Classificação Internacional das Doenças	Código de Doença
			<input type="text"/>
			<input type="text"/>
			<input type="text"/>
			<input type="text"/>
			<input type="text"/>
			<input type="text"/>
			<input type="text"/>
			<input type="text"/>
			<input type="text"/>
			<input type="text"/>
			<input type="text"/>

interRAI

Secção J

Condições de Saúde

J1. Queda

Insira o número

- 0. Não caiu nos últimos 90 dias
- 1. Não caiu nos últimos 30 dias, mas caiu entre 31-90 dias atrás
- 2. Uma queda nos últimos 30 dias
- 4. Duas ou mais quedas nos últimos 30 dias

J2. Quedas Recentes

Insira o número

(Saltar este item se a última avaliação foi há mais de 30 dias, ou se esta é a primeira avaliação)

- 0. Não
- 1. Sim
- [em branco]. Não aplicável (primeira avaliação ou mais de 30 dias desde a última avaliação)

J3. Frequência do Problema

(Código para presença nos últimos 3 dias)

- 0. Ausente
- 1. Presente mas não nos últimos 3 dias
- 2. Presente num dos últimos 3 dias
- 3. Presente em dois dos últimos 3 dias
- 4. Presente diariamente nos últimos 3 dias

Equilíbrio

Código

a. Dificuldade ou incapacidade de se levantar e ficar em pé sem ajuda

b. Dificuldade ou incapacidade em virar-se para a direcção oposta quando em pé

c. Tonturas

d. Marcha instável

Cardíaco ou Pulmonar

Código

e. Dor torácica

f. Dificuldade para eliminar secreções

interRAI

Secção J	Condições de Saúde
-----------------	---------------------------

J3. Frequência do Problema		
	Psiquiátrico	Código
	g. Processo de pensamento anormal (ex: diminuição das associações, bloqueio, distração)	<input type="text"/>
	h. Delírios - Acredita em falsas crenças	<input type="text"/>
	i. Alucinações - Falsas percepções sensoriais	<input type="text"/>
	Neurológico	Código
	j. Afasia	<input type="text"/>
	Sistema Gastrointestinal	Código
	k. Refluxo ácido - Regurgitação de ácido do estômago através da garganta	<input type="text"/>
	l. Constipação - Não defecou nos últimos 3 dias ou presença de fezes duras	<input type="text"/>
	m. Diarreia	<input type="text"/>
	n. Vômitos	<input type="text"/>

interRAI

Secção J

Condições de Saúde

J3. Frequência do Problema

Problemas de Sono	Código
o. Dificuldade em adormecer ou permanecer no sono; acorda muito cedo; inquieto; sono não reparador	<input type="text"/>
p. Sono excessivo - Quantidade excessiva de sono que interfere com o funcionamento normal da pessoa	<input type="text"/>
Outros	Código
0. Bronco-aspiração	<input type="text"/>
1. Febre	<input type="text"/>
2. Sangramento no sistema gastrointestinal ou genito-urinário	<input type="text"/>
3. Higiene - Usualmente com higiene precária, despenteado e descuidado	<input type="text"/>
4. Edema Periférico	<input type="text"/>

J4. Dispneia (falta de ar)

Insira o número <input type="text"/>	0. Ausência de sintomas 1. Ausente em repouso, mas presente quando realizadas actividades moderadas 2. Ausente em repouso, mas presente quando realizadas actividades normais do dia-a-dia 3. Presente no repouso
---	--

interRAI

Secção J

Condições de Saúde

J5. Fadiga

Insira o número <input type="text"/>	<p>(Incapacidade para executar actividades normais da vida diárias - ex: AVD Básicas e Instrumentais)</p> <p>0. Nenhuma</p> <p>1. Mínima - Diminuição da energia, mas completa as actividades normais do dia-a-dia</p> <p>2. Moderada - Devido à diminuição da energia é incapaz de terminar as actividades nor- mais do dia-a-dia</p> <p>3. Grave - Devido à diminuição da energia é incapaz de iniciar algumas actividades nor- mais do dia-a-dia</p> <p>4. Incapaz de iniciar qualquer actividade normal do dia-a-dia - Devido à diminuição da energia</p>
---	--

J6. Sintomas da Dor

Insira o número <input type="text"/>	<p>(Nota: Perguntar sempre à pessoa sobre a frequência, intensidade e controlo da dor. Observe a pessoa e pergunte a outros que estão em contacto com a pessoa)</p> <p>a. Frequência com que a pessoa se queixa ou demonstra evidência de dor (incluindo expressões faciais de dor, ranger/errar os dentes, gemer, defesa quando tocado e outros sinais não verbais de dor)</p> <p>0. Sem dor</p> <p>1. Presente mas não manifestada nos últimos 3 dias</p> <p>2. Manifestada em 1 ou 2 dias dos últimos 3 dias</p> <p>3. Manifestada diariamente nos últimos 3 dias</p>
Insira o número <input type="text"/>	<p>b. Intensidade da dor de maior gravidade</p> <p>0. Sem dor</p> <p>1. Leve</p> <p>2. Moderada</p> <p>3. Grave</p> <p>4. Momentos em que a dor é horrível e insuportável</p>
Insira o número <input type="text"/>	<p>c. Constância da dor</p> <p>0. Sem dor</p> <p>1. Episódio único nos últimos 3 dias</p> <p>2. Intermitente</p> <p>3. Constante</p>
Insira o número <input type="text"/>	<p>d. Exacerbações dolorosas agudas - Nos últimos 3 dias a pessoa teve episódios de exa- cerbação aguda de dor</p> <p>0. Não</p> <p>1. Sim</p>

interRAI

Secção J

Condições de Saúde

J6. Sintomas da Dor (continuação)

Insira o número <input type="text"/>	<p>e. Controlo da Dor - Adequação da terapêutica actual para o controle da dor (do ponto de vista da pessoa)</p> <p>0. Não tem dores</p> <p>1. Intensidade da dor aceitável para a pessoa; não é necessário aplicar ou alterar as orientações</p> <p>2. Dores controladas adequadamente pelas orientações</p> <p>3. Dores controladas quando as orientações são seguidas, mas nem sempre é seguida como prescrita</p> <p>4. A terapêutica é seguida mas o controle da dor não é adequado</p> <p>5. Nenhuma orientação para o tratamento da dor é seguida e a dor não é controlada</p>
---	--

J7. Instabilidade das condições

Insira o número <input type="text"/>	<p>0. Não</p> <p>1. Sim</p>	
	<p>a. Condições de saúde/doenças originam padrões instáveis de cognição, AVD, humor e comportamento (com oscilações, precariedade ou deterioração)</p>	<input type="text"/>
	<p>b. Teve um episódio agudo ou a agudização de um problema recorrente ou crónico</p>	<input type="text"/>
	<p>c. Doença terminal; 6 ou menos meses de vida</p>	<input type="text"/>

J8. Auto-diagnóstico da Saúde

Insira o número <input type="text"/>	<p>Questão: “Em geral, como classificaria a sua saúde?”</p> <p>0. Excelente</p> <p>1. Boa</p> <p>2. Normal</p> <p>3. Pobre</p> <p>4. Não pode/não quer responder</p>
---	--

interRAI

Secção J

Condições de Saúde

J9. Tabaco e Álcool

Insira o número

a. Fuma tabaco diariamente

- 0. Não
- 1. Não nos últimos 3 dias, mas é usual fumar diariamente
- 2. Sim

Insira o número

b. Álcool - maior número de bebidas numa só ocasião nos últimos 14 dias

- 0. Nenhuma
- 1. 1 bebida
- 2. 2-4 bebidas
- 3. 5 ou mais bebidas

interRAI

Secção K

Estado Orale Nutricional

K1. Altura e Peso (Metros e Quilogramas)

Registrar em (a.) altura em metros e em (b.) peso em quilogramas.

Peso base medido, mais recente nos últimos dias

a. Altura (cm)

, cm

b. Peso (Kg)

Kg

K2. Questões Nutricionais

0. Não

1. Sim

a. Perda de 5% ou mais de peso nos últimos 30 dias ou 10% ou mais nos últimos 6 meses

☐

b. Desidratado ou Ureia/Creatinina > 20 (Rácio específico do país)

☐

c. Ingestão de líquidos menor que 1 Litro por dia (menos de 4 copos de 250 ml por dia)

☐

d. A perda de líquidos excede a ingestão

☐

interRAI

Secção K

Estado Orale Nutricional

K3. Modo de Ingestão de Alimentos

Insira o número <input style="width: 40px; height: 20px; margin-top: 10px;" type="text"/>	<ol style="list-style-type: none"> 0. Normal - Ingere todos os tipos de alimentos 1. Independente modificada - ex: ingere líquidos, ingere alimentos sólidos de forma limitada (desconhece-se que precisa de modificação) 2. Requer a modificação da dieta para ingerir alimentos sólidos - ex: dieta triturada (puré, alimentos picados) ou apenas capaz de ingerir alimentos específicos 3. Requer a modificação da dieta para ingerir líquidos - ex: líquidos espessados 4. Apenas é capaz de ingerir alimentos pastosos e líquidos espessados 5. Combinação de alimentação oral, parenteral ou por sonda 6. Apenas se alimenta através de tubo nasogástrico/naso-enteral 7. Alimenta-se por tudo abdominal - ex: gastrostomia endoscopia percutânea (PEG) 8. Apenas alimentação parenteral - inclui todos os tipos de alimentação parenteral, tais como nutrição parenteral total (NPT) 9. Actividade não ocorreu - durante todo este período
--	--

K4. Dental ou Bocal

<ol style="list-style-type: none"> 1. Não 2. Sim 	<ol style="list-style-type: none"> a. Usa Prótese dentária (prótese removível) b. Tem dentes quebrados, fragmentados, soltos c. Refere ter a boca seca d. Refere ter dificuldade de mastigação 	
	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	
	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	
	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	
	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	

interRAI

Secção L

Condição da Pele

L1. Estágio mais Elevado de Úlcera de Pressão nos últimos 3 Dias

Insira o número <input type="text"/>	0. Não estão presentes úlceras de pressão 1. Qualquer área de pele com eritema constante 2. Perda parcial de camadas da pele 3. Úlceras profundas na pele 4. Rupturas na pele expondo o osso ou músculo 5. Não codificável - ex: escara necrótica predominante
---	---

L2. História de Úlcera de Pressão

Insira o número <input type="text"/>	0. Não 1. Sim
---	------------------

L3. Presenças de Úlceras de Pele que Não de Pressão (ex: úlcera venosa, úlcera arterial-venosa mista ou úlcera do pé diabético)

Insira o número <input type="text"/>	0. Não 1. Sim
---	------------------

L4. Principais Problemas de Pele (ex: lesões, queimaduras do 2º ou 3º grau, cicatrizes de feridas cirúrgicas)

Insira o número <input type="text"/>	0. Não 1. Sim
---	------------------

L5. Rasgos na Pele ou Cortes - não decorrentes de cirurgia

Insira o número <input type="text"/>	0. Não 1. Sim
---	------------------

L6. Outras Condições de Pele ou Mudanças na Condição da Pele (ex: hematomas, erupções cutâneas, prurido, manchas, herpes, eczema)

Insira o número <input type="text"/>	0. Não 1. Sim
---	------------------

interRAI

Secção L

Condição da Pele

L7. Problemas nos Pés

(ex: joanetes, calos, dedos sobrepostos, infecções)

Insira o número

- 0. Não possui problemas nos pés
- 1. Problemas nos pés mas nenhuma limitação no caminhar
- 2. Problemas nos pés e limitação no caminhar
- 3. Problemas nos pés com impedimento de caminhar
- 4. Problemas nos pés mas não caminha por outros motivos

interRAI

Secção M

Medicação

M1. Lista de Todos os Medicamentos

(lista de medicamentos que foram tomados nos últimos três dias, incluindo aqueles com e sem prescrição médica)

Nota: Se possível use registos informáticos; registos manuais apenas quando absolutamente necessário

Para cada medicamento:

a. Nome

b. Dosagem - um número positivo tais como 0,5; 5; 150; 300.

Nota: Nunca escrever zero à direita da vírgula (X mg). Use sempre o zero antes do ponto decimal (0,X mg).

c. Unidade - usando a seguinte lista:

* gts (gotas)	* mg (miligramas)	* mL (mililitros)
* mEq (mili-equivalentes)	* % (percentagem)	* U (Unidades)
* Puffs	* L (litros)	* mcg (micrograma)
* g (gramas)		* OUT (outra)

d. Via de administração - usando a seguinte lista:

* VO (oral)	* IM (Intra-muscular)	* TOP (Tópico)
* VR (rectal)	* EV (Endovenoso)	* IN (Inalação)
* SL (Sublingual)	* SC (subcutâneo)	* NAS (Nasal)
* VS (sonda)	* OFT (Oftálmico)	
* TD (Transdérmico)	* OUT (outros)	

interRAI

Secção M

Medicação

M1. Lista de Todos os Medicamentos

e. Frequência - código do número de vezes por dia, semana ou mês que o medicamento é administrado usando a seguinte lista:

<i>*1/1h (Todas as horas)</i>	<i>*2xD (duas vezes ao dia, incluindo de 12 em 12 horas)</i>	<i>*3xS (3 vezes por semana)</i>
<i>*2/2h (A cada 2 horas)</i>	<i>*3xD (3 vezes ao dia)</i>	<i>*4xS (4 vezes por semana)</i>
<i>*3/3h (A cada 3 horas)</i>	<i>*4xD (4 vezes ao dia)</i>	<i>*5xS (5 vezes por semana)</i>
<i>*4/4h (A cada 4 horas)</i>	<i>*5xD (5 vezes ao dia)</i>	<i>*6xS (6 vezes por semana)</i>
<i>*6/6h (A cada 6 horas)</i>	<i>*2/2D (a cada 2 dias)</i>	<i>*1xM (mensal)</i>
<i>*8/8h (A cada 8 horas)</i>	<i>*3/3D (a cada 3 dias)</i>	<i>*2xM (2 vezes por mês)</i>
<i>*Noite (na hora de dormir)</i>	<i>*1xS (1 vez por semana)</i>	<i>*OUT (outro)</i>
<i>*1xD (uma vez ao dia)</i>	<i>*2xS (2 vezes por semana)</i>	

Insira o número

f. Medicação Administrada Conforme a necessidade ou em SOS

0. Não
 1. Sim

g. Inserir no computador código de medicação

a. Nome	b. Dose	c. Unidade	d. Via de administração	e. Frequência	f. SOS	g. Código ATC ou NDC

interRAI

Secção M

Medicação

M2. Alergia a algum Medicamento

Insira o número

0. Não

1. Sim. Quais?

M3. Adesão à Prescrição de Medicamentos pelo Médico

Insira o número

0. Sempre

1. Adere 80% das vezes ou mais

2. Adere menos de 80% do tempo, incluindo falha na compra dos medicamentos prescritos

3. Não tem medicamentos prescritos

interRAI

Secção N

Tratamentos e Procedimentos

N1. Prevenção

0. Não

1. Sim

a. Pressão arterial medida no último ano

☐

b. Colonoscopia nos últimos 5 anos

☐

c. Exame Dentário no último ano

☐

d. Exame oftalmológico no último ano

☐

e. Exame auditivo nos últimos 2 anos

☐

f. Vacina contra a gripe no último ano

☐

g. Mamografia/ecografia mamária nos últimos 2 anos (para mulheres)

☐

h. Vacina de prevenção para a pneumonia nos últimos 5 anos ou após os 65 anos

☐

interRAI

Secção N

Tratamentos e Procedimentos

N2. Tratamentos e Programas Recebidos ou Programados nos Últimos 3 dias (ou desde a Última Avaliação se há Menos de 3 Dias)

- 0. Não foi solicitado e não ocorreu
- 1. Solicitado, mas não efectivado
- 2. 1-2 dos últimos 3 dias
- 3. Diariamente nos últimos 3 dias

Tratamentos

a. Quimioterapia

☐

b. Diálise

☐

c. Controlo de infecção - ex: isolamento, quarentena

☐

d. Medicação IV

☐

e. Oxigenoterapia

☐

f. Radioterapia

☐

g. Aspiração de Secreções

☐

h. Cuidados na traqueostomia

☐

i. Transfusão

☐

j. Ventilador ou respirador

☐

k. Tratamentos de feridas

☐

Programas

l. Terapia comportamental para incontinência

☐

m. Programas de Cuidados Paliativos

☐

n. Programa de mudança de decúbito e reposicionamento

☐

interRAI

Secção N

Tratamentos e Procedimentos

N3. Cuidados Formais

Dia (A) e total de minutos (B) dos atendimentos nos últimos 7 DIAS
 Duração dos cuidados/Tratamento nos últimos 7 dias (ou desde a última avaliação ou admissão, se menos de 7 dias), envolvendo:

	A - DIAS	B - TOTAL DE MINUTOS NA ÚLTIMA SEMANA
a. Auxiliares de saúde		
b. Enfermeiro domiciliário		
c. Serviços domésticos		
d. Refeições		
e. Fisioterapia		
f. Terapia Ocupacional		
g. Terapia da fala e serviços de audiologia		
h. Terapia Psicológica (por qualquer profissional licenciado em saúde mental)		

N4. Ida ao Hospital de Urgência, Consultas Médicas

	Código para n.º de vezes nos últimos 90 dias ou desde a última avaliação se há menos de 90 dias	N.º de Vezes
a. Internamento no hospital, com pernoite		<input type="text"/> <input type="text"/>
b. Atendimento no serviço de urgência (sem pernoite)		<input type="text"/> <input type="text"/>
c. Consulta/visita do médico		<input type="text"/> <input type="text"/>

N5. Restrição Física - membros restritos, barras de proteção da cama e quando na posição de sentado, com cinto de imobilização

Insira o número <input type="text"/>	0. Não 1. Sim
---	------------------

interRAI

Secção O

Responsabilidade

O1. Responsável Legal

Insira o número

0) Não

1) Sim

interRAI

Secção	Suporte Social
---------------	-----------------------

P1. Dois Cuidadores Informais Principais			
	a) Relação com a pessoa	Ajud1	Ajud2
	1) Filho ou filho legal	Preencher os campos com a alínea correspondente	
	2) Cônjuge		
	3) Parceiro / outro significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4) Pai / Tutor		
	5) Irmão		
	6) Outro parente		
	7) Amigo		
	8) Vizinho		
	9) Sem cuidador informal		
	b) Vivem com a pessoa	Ajud1	Ajud2
	0) Não	Preencher os campos com a alínea correspondente	
	1) Sim, 6 meses ou menos		
	2) Sim, mais de 6 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3) Sem cuidador informal		
		Áreas de ajuda informal durante os últimos 3 dias	Ajud1
	Ajuda nas AVD - inclui as actividades: mobilidade na cama, transferência, andar, vestir, comer, usar a casa de banho, higiene pessoal e banho	Preencher os campos com a alínea correspondente	
	0) Não		
	1) Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2) Sem cuidador informal		
	a) AVD Instrumentais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) AVD Básica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

interRAI

Secção	Suporte Social
---------------	-----------------------

P2. Estado do Cuidador Informal			
		Ajud1	Ajud2
		Preencher os campos com a alínea correspondente	
	a) Cuidador Informal é incapaz de continuar a desempenhar/ajudar nas actividades - ex: declínio no estado de saúde	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>
	b) Cuidador Informal principal expressa sentimentos de angústia, raiva ou depressão	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>
	c) Família ou amigos próximos expressam sentir-se esgotados pelo estado de saúde da pessoa	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>
P3. Horas de Cuidados Informais e Monitorização durante os Últimos 3 dias			
	Para as actividades instrumentais e básicas da pessoa nos últimos 3 dias, indicar o número total de horas de ajuda recebida de toda a família, amigos e vizinhos.	N.º Total de Horas	
		<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
P4. Relação Forte e Solidária com a Família			
Insira o número <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<div style="margin-bottom: 5px;">0) Não</div> <div>1) Sim</div>		

interRAI

Secção Q

Avaliação Ambiental

Q1. Ambiente da Casa

Código para qualquer um dos seguintes que tornem o ambiente doméstico perigoso ou inabitável (se temporariamente na instituição, a avaliação de base é em visita domiciliária).

0. Não
1. Sim

- a) **Casa em Ruínas** - ex: desorganização perigosa, iluminação inadequada ou inexistente na sala, quarto, cozinha, casa de banho; buracos no chão; problemas na canalização, infiltração nas paredes ☐
- b) **Condições degradadas** - ex: extremamente suja; infestação de ratos ou insectos ☐
- c) **Aquecimento ou climatização inadequada** - ex: demasiado quente no Verão; demasiado frio no inverno ☐
- d) **Falta de segurança pessoal** - ex: medo de violência; problema de segurança em ir à caixa de correio ou visitar vizinhos; tráfego de veículos pesados na rua ☐
- e) **Acesso limitado à casa ou divisões da casa** - ex: dificuldade em entrar ou sair de casa; incapaz de subir as escadas; dificuldade de movimentação nos quartos; ausência de barras laterais apesar de necessárias. ☐

Q2. Vive em Apartamento ou Casa Adaptada Acessível para Pessoas com Deficiência

Insira o número

0. Não
1. Sim

interRAI

Secção Q

Avaliação Ambiental

Q3. Ambiente Externo

0. Não

1. Sim

a) Disponibilidade de Assistência de Emergência - ex: telefone, sistema tele-
-alarme ☐

b) Acessibilidade ao supermercado sem ajuda ☐

c) Disponibilidade de entrega no domicílio de produtos de mercearia ☐

Q4. Finanças

Insira o número

Devido a limitações financeiras, a pessoa deixou de comprar / obter uma das seguintes necessidades: alimentação adequada, moradia, roupas, medicamentos prescritos, aquecimento ou arrefecimento necessário em casa; cuidados de saúde necessários.

0. Não

1. Sim

interRAI

Secção R

Potencial para ter Alta do Serviço e Estado Geral

R1. Um ou mais objetivos de Cuidados foram Alcançados nos Últimos 90 Dias ou desde a Última Avaliação se há Menos de 90 Dias

Insira o número

0) Não

1) Sim

R2. A Independência Geral mudou Significativamente Comparando com o Estado à 90 Dias Atrás (ou desde a Última Avaliação se há Menos Tempo)

Insira o número

0) Melhorou (Ir para Secção S)

1) Não houve mudança (Ir para Secção S)

2) *Piorou*

Código de três itens para averiguar se deteriorou - se nos últimos 90 dias. Caso contrário, avance para a Secção S

R3. Número de 10 Áreas de AVD Básicas em que a Pessoa era Independente antes da Deterioração

R4. Número de 8 Áreas de AVD Instrumentais em que a Pessoa era Independente antes da Deterioração

R5. Tempo de Início do Evento Precipitante ou Problema Relacionado à Deterioração

Insira o número

0) Nos últimos 7 dias

1) 8-14 dias atrás

2) 15-30 dias atrás

3) 31-60 dias atrás

4) Há mais de 60 dias atrás

5) Nenhum evento claro que precipitasse o problema

interRAI

Secção S

Alta

Preenche a Secção S, apenas no Caso de Alta

Último dia de estadia: - -
 Ano Mês Dia

Residência no Momento da Avaliação

Insira o número

1. Casa Própria ☐ Apartamento ☐ Quarto alugado ☐
2. Lar Privado
3. Lar de Idosos (comparticipação da Segurança Social)
4. Residência de Saúde Mental
5. Hospital Psiquiátrico ou Unidade de Psiquiatria
6. Residência para Pessoas com limitação/défice intelectual
7. Hospital/Unidade de Reabilitação
8. Unidade de Cuidados Paliativos
9. Hospital de Cuidados Agudos
10. Sem abrigo
11. Outra

ANEXO II

Minimum Data Set Home Care – Versão original

ANEXO III

Syntax para classificação dos utentes no RUG-III/HC a partir do MDS-HC – Versão original


```

*****
** NOTE: THE INTERRAI CODE PROVIDED HERE IS FINAL.
**
**          INTERRAI PROVIDES TWO LEVELS OF CODE: PROVISIONAL AND FINAL.
**          "PROVISIONAL" CODE IS RESEARCH-GRADE. AFTER FURTHER ANALYSIS, CODE
**          SIMPLIFICATION, AND ADDITION OF COMMENTS, PROVISIONAL CODE WILL BE
**          REPLACED BY "FINAL" CODE.
**
**          PLEASE SEND ANY COMMENTS OR CORRECTIONS TO: interRAI_Code@umich.edu
**
*****
** PROGRAM:          SUITE_RUG-III-HC_CODE_V1.2A.DOC
** BY:              Brant Fries, Pil Park
** CHECKED BY:
** DATE:           11/27/07
** REVISION DATES: 1/16/09 (BEF)
** PURPOSE:        CODE FOR RUG-III/HC SYSTEM ON NEW INTERRAI SUITE HC
** SOURCES:
** BASED ON:       interRAI SUITE, VERSION 9
** APPLIES TO:     interRAI HC or interRAI CHA plus CHA Functional Supplement
**                  (other instruments will have items missing)
** DESCRIPTION:    RUG-III/HC is a resource-intensity (case-mix) measurement
**                  system designed for use in home care programs
**
** REFERENCES:     FOR DETAILS, SEE ARTICLE BY BJORKGREN, FRIES, SHUGARMAN
**                  - TESTING A RUG-III BASED CASE-MIX SYSTEM FOR HOME CARE
**                  Canadian J. Aging, 19 (Supp. 2):106-125, (Fall) 2000.
** INTERPRETATION: See article above for basic description. This code is based
on RUG-III originally developed for use in nursing homes with
**                  the MDS Version 2.0 assessment form. The code here crosswalks
the RUG-III/HC system, designed for the MDS-HC V2.0 instrument
**                  to the interRAI Suite interRAI HC (Home Care). In doing so
**                  fewer iCODE items are missing than for the MDS-HC V2.0.
*****
*The 64 interRAI HC Version 2.0 variables required by the SAS code for
* interRAI RUG-III/HC classification are given below. For each variable, the
* interRAI 'iCODE' item and label are give. Specification of these 'iCODES' and
* linking them to the specific items in the interRAI LTCF are available in the iCODE
* MATRIX, available from interRAI.
**
** NOTE: IN THE LIST BELOW, ITEMS WITH AN (S) IN THE DESCRIPTION REQUIRE THE CHA
**        FUNCTIONAL SUPPLEMENT IN ADDITIOIN TO THE CHA, ITEMS WITH AN (A) WILL BE
**        MISSING ON THE interRAI ASSISTED LIVING INSTRUMENT (RUG-III/HC CAN BE
**        COMPUTED FOR THIS INSTRUMENT, BUT IT IS NOT KNOWN HOW WILL IT WILL PERFORM
*****
*Before execution of RUG-III/HC classification using the SAS code, it is
* required that all iCODE items be scanned for valid ranges using
* the ranges given in the list below.
**
** VARIABLES (NOTE ALL NUMERIC EXCEPT FOR ICD-9 CODES)
** ITEM
** LABEL      RANGE      DESCRIPTION
** -----
**
** NOTE: THE FOLLOWING 3 ITEMS ARE USED IN THE COGNITIVE PERFORMANCE SCALE
**        (SCPS)
** 1) iC2a    01-        Short-term memory OK
** 2) iC1      012345-    Cognitive Skills/Daily Decision Making
** 3) iD1      01234-     Making Self Understood

```

```

****NOTE: THE FOLLOWING 7 ITEMS ARE USED IN THE DEPRESSION RATING SCALE (sDRS)
** 4) iE1a 0123- Negative statements
** 5) iE1b 0123- Persistent anger
** 6) iE1c 0123- Unrealistic fears
** 7) iE1d 0123- Repetitive health complaints
** 8) iE1e 0123- Repetitive anxious complaints
** 9) iE1f 0123- Sad, worried face express
** 10) iE1g 0123- Crying

***OTHER VARIABLES
** 11) iE3a 0123- Wandering frequency(S)
** 12) iE3b 0123- Verbal abuse frequency(S)
** 13) iE3c 0123- Physical abuse frequency(S)
** 14) iE3d 0123- Socially inappropriate behavior frequency(S)
** 15) iE3e 0123- Resists care frequency
** 16) iE3f 0123- Inappropriate sexual behavior frequency(S)
** 17) iG1aa 01234568 Meal preparation IADL
** 18) iG1da 01234568 Medication Management IADL
** 19) iG1ea 01234568 Phone use IADL
** 20) iG2g 01234568- Toilet transfer ADL Self-Performance(S)
** 21) iG2h 01234568- Toileting ADL Self-Performance(S)
** 22) iG2i 01234568- Bed Mobility ADL Self-Performance(S,A)
** 23) iG2j 01234568- Eating ADL Self-Performance(S)
** 24) iI1e 0123- Hemiplegia/hemiparesis(S)
** 25) iI1f 0123- Multiple sclerosis(S)
** 26) iI1i 0123- Quadriplegia(S)
** 27) iI1q 0123- Pneumonia(S)
** 28) iI1t 0123- Diabetes mellitus
** 29) iI2aba xxx.xx format ICD-9 Diagnosis (for Cereb.Palsy/Septicemia)
** 30) iI2bba xxx.xx format ICD-9 Diagnosis (for Cereb.Palsy/Septicemia)
** 31) iI2cba xxx.xx format ICD-9 Diagnosis (for Cereb.Palsy/Septicemia)
** 32) iI2dba xxx.xx format ICD-9 Diagnosis (for Cereb.Palsy/Septicemia)
** 33) iI2eba xxx.xx format ICD-9 Diagnosis (for Cereb.Palsy/Septicemia)
** 34) iI2fba xxx.xx format ICD-9 Diagnosis (for Cereb.Palsy/Septicemia)
** 35) iJ2h 01234- Delusions
** 36) iJ2i 01234- Hallucinations
** 37) iJ2j 01234- Aphasia(S)
** 38) iJ2n 01234- Vomiting
** 39) iJ2q 01234- Fever(S)
** 40) iJ2r 01234- Internal bleeding(S)
** 41) iJ6c 01- End-stage disease, 6 or fewer months to live(S)
** 42) iK2a 01- Weight loss
** 43) iK2c 01- Dehydrated(A)
** 44) iK3 0123456789- Mode of nutritional intake(S,A)
** 45) iL1 01234- Most severe pressure ulcer(S)
** 46) iL4 01- Major skin problems(S)
** 47) iL5 01- Skin tears or cuts(S)
** 48) iL7 01234- Foot problem(S)
** 49) iN2a 0123- Chemotherapy(S,A)
** 50) iN2b 0123- Dialysis(S,A)
** 51) iN2d 0123- IV medication(S,A)
** 52) iN2e 0123- Oxygen therapy(S,A)
** 53) iN2f 0123- Radiation(S,A)
** 54) iN2g 0123- Suctioning(S,A)
** 55) iN2h 0123- Tracheostomy care(S,A)
** 56) iN2i 0123- Transfusions(S,A)
** 57) iN2j 0123- Ventilator or respirator(S,A)
** 58) iN2k 0123- Surgical wound care(S,A)
** 59) iN2n 0123- Turning/repositioning program(S,A)
** 60) iN3ga 01234567- Speech: #days 15+ min (last 7 days)(S)
** 61) iN3gb 0000-9999, . Speech: total # minutes (last 7 day)(S)
** 62) iN3fa 01234567- OT: #days 15+ min (last 7 days)(S)
** 63) iN3fb 0000-9999, . OT: total # minutes (last 7 day)(S,A)
** 64) iN3ea 01234567- PT: #days 15+ min (last 7 days)(S)
** 65) iN3eb 0000-9999, . PT: total # minutes (last 7 days)(S)

*****
**** OUTPUT: SEE LIST OF 23 RUG-III/HC CODES BELOW
**** RUG-III/HC GROUP CODE: aR3H
**** 3-CHARACTER CODE, FIRST CHARACTER REPRESENTING HIERARCHY GROUP

```

```

****          RUG-III GROUP NUMBER:   aNR3H                      **,
****          3-DIGIT NUMERIC CODE THAT CAN BE USED TO SORT GROUPS      **,

*****  aNR3H      aR3H      DESCRIPTION                      **,
*****  *****,
**      111      RB0:  Rehabilitation High / ADL  11 - 18      **,
**      121      RA2:  Rehabilitation Medium / ADL  4 - 10 / IADL 2-3      **,
**      122      RA1:  Rehabilitation Low / ADL  4 -10 / IADL 0-1      **,
**      210      SE3:  Extensive Special Care 3 / ADL  > 6      **,
**      220      SE2:  Extensive Special Care 2 / ADL  > 6      **,
**      230      SE1:  Extensive Special Care 1 / ADL  > 6      **,
**      310      SSB:  Special Care / ADL 14 - 18      **,
**      320      SSA:  Special Care / ADL  4 - 13      **,
**      411      CC0:  Clin. Complex / ADL 11 - 18      **,
**      421      CB0:  Clin. Complex / ADL  6 - 10      **,
**      431      CA2:  Clin. Complex / ADL  4 - 5 / IADL 1-3      **,
**      432      CA1:  Clin. Complex / ADL  4 - 5 / IADL 0      **,
**      510      IB0:  Cognitive Impairment / ADL  6 - 10      **,
**      521      IA2:  Cognitive Impairment / ADL  4 - 5 / IADL 1-3      **,
**      522      IA1:  Cognitive Impairment / ADL  4 - 5 / IADL 0      **,
**      610      BB0:  Behavior Problem / ADL  6 - 10      **,
**      621      BA2:  Behavior Problem / ADL  4 - 5 / IADL 1-3      **,
**      622      BA1:  Behavior Problem / ADL  4 - 5 / IADL 0      **,
**      710      PD0:  Physical Function / ADL 11 - 15      **,
**      720      PC0:  Physical Function / ADL  9 - 10      **,
**      730      PB0:  Physical Function / ADL  6 - 8      **,
**      741      PA2:  Physical Function / ADL  4 - 5 / IADL 1-3      **,
**      742      PA1:  Physical Function / ADL  4 - 5 / IADL 0      **,

*****
**  INTERMEDIATE VARIABLES CREATED FOR USE IN THE CLASSIFICATION LOGIC      **,

**Numeric Indicators for qualification in RUG-III clinical categories.      **,
**  For each of these indicators a 0 (zero) indicates not qualified      **,
**  and a 1 indicates qualified for the category.      **,
**      x_reh      - rehabilitation      **,
**      x_ext      - extensive care      **,
**      x_spec      - special care      **,
**      x_clin      - clinically complex      **,
**      x_impair      - impaired cognition      **,
**      x_behav      - behavior problems      **,
**
**Other variables used in computations      **,
**      x_bedmb      - numeric recode of bed mobility ADL      **,
**      x_trans      - numeric recode of transfer ADL      **,
**      x_toilt      - numeric recode of toileting ADL      **,
**      x_intake      - numeric indicator for parenteral/enteral intake level      **,
**      x_eatng      - numeric recode of eating ADL      **,
**      x_adlsum      - RUG-III ADL Index (numeric value between 4 and 18)      **,
**      x_meal      - numeric recode of meal preparation IADL      **,
**      x_mmed      - numeric recode of medication management IADL      **,
**      x_phon      - numeric recode of telephone use IADL      **,
**      x_iadls      - RUG-III/HC IADL Index (numeric value between 0-3)      **,
**      x_th_min      - minutes of rehab therapies totaled across therapies      **,
**      x_cpal      - indicator variable (0=no/1=yes) for cerebral palsy      **,
**      x_sept      - indicator variable (0=no/1=yes) for septicemia      **,
**      x_coma      - numeric indicator of coma with selected qualifiers      **,
**      x_ext_ct      - count of number of selected hierarchy categories      **,
**                      for which resident qualifies and selected extensive      **,
**                      care services (used in Extensive Care classification)      **,
**  ALSO: TWO SCALES (SEE ELSEWHERE FOR CODE)      **,
**      sCPS      - Cognitive Performance Scale      **,
**      sDRS      - Depression Rating Scale      **,
**
**  -----      **,
**  ASSUMPTION ABOUT INPUT DATA:      **,
**  ALGORITHM:      **,
**  NOTES ON FORMING CODE:      **,
**  MISSING VALUES:      **,
*****

```

```

** Given the complexity of this algorithm, code is provided only in the SAS
** programming language.
**
** In SAS, additional statements to designate the source dataset need to precede the
** code provided here. In addition, the variables in that dataset must be mapped to
** the variables used in the code by placing the variable names used in the source
** the right-hand side of each assignment statement in the section labeled
** ASSIGNMENTS.'
**
** For programmers developing code in other languages, it is hoped that this
** procedural code can provide sufficiently detailed information about the
** algorithms. It is strongly urged that code be checked on real-life examples.
*****
** THIS INFORMATION IS PROVIDED BY interRAI AS A SERVICE TO ITS USERS. ALTHOUGH
** REASONABLE CARE HAS BEEN TAKEN TO MAKE IT ACCURATE, IT IS PROVIDED "AS IS."
** THERE ARE NO WARRANTIES, EXPRESSED OR IMPLIED, AS TO ITS ACCURACY.
*****

*SYNTAX USED IN THIS SAS CODE:
;
;
* 1. All lines with an asterisk (*) as the first nonblank character in
* the line are documentation or comment lines. All command lines
* start with a character other than an asterisk.
;
* 2. A semicolon indicates the end of a statement in the SAS code used
* here, while in Clipper a semicolon would be used as a continuation
* character.
;
* 3. All variables are represented in small letters, while command
* words are represented in capital letters.
;
* 4. All input interRAI variables are represented with names beginning
* with a lower-case 'i'. Specification of these 'iCODES' are
* available in the iCODE MATRIX, available from interRAI.
;
* 5. All input variables are assumed to be NUMERIC, unless otherwise noted;
* 6. All local (non-MDS) variables are NUMERIC and represented in lower
* case letters with a prefix of 'x_' (e.g., x_adlsum)
;
* 7. The only command words and structures used in this SAS code are:
;
* a. RETURN
;
* (this command causes the end of processing the current record;
* and initiation of processing the next record)
;
* b. IF <logical condition1>
;
* THEN <arithmetic statement> executed if condition1 true
;
* ELSE IF <logical condition2>
;
* THEN <arithmetic statement> executed if condition2 true
;
* DO <multiple statements> END
;
* ELSE <arithmetic statement> executed if no condition is true
;
* c. Logical operators used in logical conditions are
;
* = (equal)
;
* > (greater than)
;
* < (less than)
;
* >= (greater than or equal to)
;
* <= (less than or equal to)
;
* NE (not equal to)
;
* d. Relational operators used in logical conditions are
;
* AND (logical and) NOT (logical not)
;
* OR (logical or)
;
* 8. Nested IF structures are indented for clarity.
;
* 9. Single quotes delimit a character constant.
;
*-----
** DETAILS OF THE RELATIONSHIP BETWEEN MDS V2.0 VARIABLES AND
** TERRAI SUITE VARIABLES ARE PROVIDED IN THE RUG-III CODING
** SPECIFICATIONS
*****

*****
**STEPS IN COMPUTING RUG-III/HC
**
** 1) <CRIPPLE> MDS (NH) VARIABLES NOT AVAILABLE
** IN MDS-HC - SET THEM TO NULL VALUE
** (USUALLY ZERO)
**
** 2) DEVELOP IADL INDEX
**
** 3) COMPUTE NURSING HOME RUG-III SCORE,
** MODIFICATIONS INCLUDE
** - FEWER REHAB CATEGORIES, NOW BASED ONLY

```



```

**          ON ADLS                      **;
**      - NO SPLITS BY NURSING REHABILITATION OR **;
**          DEPRESSION                    **;
**      - NEW IADL SPLITS IN THE RA, CA, IA, BA, **;
**          AND PA GROUPS                 **;
** FOR DETAILS, SEE ARTICLE BY BJORKGREN, FRIES, **;
**      SHUGARMAN - TESTING A RUG-III BASED CASE-MIX **;
**          SYSTEM FOR HOME CARE          **;
*****END OF DOCUMENTATION***** ;

****WARNINGS****                        **;
**BE SURE TO PERFORM RANGE CHECKS ON ALL GROUPER VARIABLES ;
* IF ANY ARE OUT OF RANGE OR MISSING, THE OUTPUT SHOULD BE SET TO MISSING ;

* BEFORE RUNNING THIS CODE, BE SURE TO RUN: ;
*      sDRS (Depression Rating Scale) AND ;
*      sCPS (Cognitive Performance Scale) ;

*****BEGINNING OF SAS CODE***** ;

***THE FOLLOWING NEEDS TO BE CHANGED BY USER ***;
***libname save c\sasuser\rug3v2\ ;
***data rug; ***set save.rugdv;

*+++++ ;
*Step 0. VARIABLE ASSIGNMENTS. ;
*+++++ ;

**VARIABLE ASSIGNMENTS**;
** IF NECESSARY, CHANGE SECOND VARIABLE TO CORRECT LOCAL VARIABLE NAME ****;
**NOTE: RUG-III/HC CAN BE CALCULATED ON CHA ASSESSMENTS WHICH INCLUDE THE ***;
** THE CHA FUNCTIONAL ASSESSMENT. AN APPROXIMATION IS POSSIBLE, ***;
** HOWEVER BY SETTING TO ZERO THE VARIABLES INDICATED IN THE LIST OF ***;
** VARIABLES ABOVE WITH A '(S)'. AN APPROXIMATION IS ALSO POSSIBLE ***;
** SIMILARLY FOR THE TERRAI AL, BY SETTING TO ZERO THE VARIABLES ***;
** INDICATED BY A '(A)' ***;

***NOTE: BE SURE THE VARIABLES TO COMPUTE THE sCPS AND sDRS SCALES ARE ***;
*** AVAILABLE ***;

iE3a = iE3a ;
iE3b = iE3b ;
iE3c = iE3c ;
iE3d = iE3d ;
iE3e = iE3e ;
iE3f = iE3f ;
iG1aa = iG1aa ;
iG1da = iG1da ;
iG1ea = iG1ea ;
iG2g = iG2g ;
iG2h = iG2h ;
iG2i = iG2i ;
iG2j = iG2j ;
iI1e = iI1e ;
iI1f = iI1f ;
iI1i = iI1i ;
iI1q = iI1q ;
iI1t = iI1t ;
iI2aba = iI2aba ;
iI2bba = iI2bba ;
iI2cba = iI2cba ;
iI2dba = iI2dba ;
iI2eba = iI2eba ;
iI2fba = iI2fba ;
iJ2h = iJ2h ;
iJ2i = iJ2i ;
iJ2j = iJ2j ;
iJ2n = iJ2n ;
iJ2q = iJ2q ;
iJ2r = iJ2r ;

```

```

iJ6c = iJ6c ;
iK2a = iK2a ;
iK2c = iK2c ;
iK3 = iK3 ;
iL1 = iL1 ;
iL4 = iL4 ;
iL5 = iL5 ;
iL7 = iL7 ;
iN2a = iN2a ;
iN2b = iN2b ;
iN2d = iN2d ;
iN2e = iN2e ;
iN2f = iN2f ;
iN2g = iN2g ;
iN2h = iN2h ;
iN2i = iN2i ;
iN2j = iN2j ;
iN2k = iN2k ;
iN2n = iN2n ;
iN3ga = iN3ga ;
iN3gb = iN3gb ;
iN3fa = iN3fa ;
iN3fb = iN3fb ;
iN3ea = iN3ea ;
iN3eb = iN3eb ;

*+++++ ;
*Step I. Initialize needed variables. ;
*+++++ ;

*Initialize clinical category indicators ***;
x_reh = 0;
x_ext = 0;
x_spec = 0;
x_clin = 0;
x_impair = 0;
x_behav = 0;

*+++++ ;
*Step II. Calculate RUG-III/HC IADL Index. ;
* The IADL index is used in splitting the lowest Clinically Complex, ;
* Impaired Cognition, Behavior Problems, and Reduced Physical ;
* Function RUG-III/HC categories. The IADL index requires ;
* scoring conversion for 3 different ADLs and then summation. ;
* The crosswalk from the MDS-HC equates the following levels: ;
* H1aa, H1da, H1ea are changed to iG1aa, iG1da, iG1ea as follows: ;
* H1aa ---> iG1aa ;
* 0(independent) 0(independent) ;
* 1(some help) 1,2,3,4(help, supervision, limited, extensive) ;
* 2(full help) 5(maximal assistance) ;
* 3(by others) 6(total dependence) ;
* 8(activity did not occur) 8(activity did not occur) ;
* For RUG-III/HC we count the number of these three at the level 'full help' ;
* or more on the RAI-HC which corresponds to iG1aa of 5 or more ;
*+++++ ;

x_iadls=. ;

if iG1aa in (.,0,1,2,3,4) then x_meal=0;
else if iG1aa in (5,6,8) then x_meal=1;

if iG1da in (.,0,1,2,3,4) then x_mmed=0;
else if iG1da in (5,6,8) then x_mmed=1;

if iG1ea in (.,0,1,2,3,4) then x_phon=0;
else if iG1ea in (5,6,8) then x_phon=1;

x_iadls=x_meal+x_mmed+x_phon;

*+++++ ;
*Step III. Calculate RUG-III ADL Index. ;

```

```

*      The ADL index is required for use in splitting the Rehabilitation, ;
*      Special Care, Clinically Complex, Impaired Cognition, Behavior ;
*      Problems, and Reduced Physical Function RUG-III clinical ;
*      categories. The ADL index requires scoring conversion for ;
*      4 different ADLs and then summation. ;
*+++++ ;

*ADL scoring conversion for Bed mobility ;
IF      ( iG2i=0 OR iG2i=1 OR iG2i=2 )      THEN x_bedmb = 1; ;
ELSE IF ( iG2i = 3 )                        THEN x_bedmb = 3; ;
ELSE IF ( iG2i = 4 )                        THEN x_bedmb = 4; ;
ELSE IF ( iG2i = 5 OR iG2i = 6 OR iG2i = 8) THEN x_bedmb = 5; ;

*----- ;
*ADL scoring conversion for Transfer ;
IF      ( iG2g=0 OR iG2g=1 OR iG2g=2)      THEN x_trans = 1; ;
ELSE IF ( iG2g = 3 )                        THEN x_trans = 3; ;
ELSE IF ( iG2g = 4 )                        THEN x_trans = 4; ;
ELSE IF ( iG2g = 5 OR iG2g = 6 OR iG2g = 8) THEN x_trans = 5; ;

*----- ;
*ADL scoring conversion for Toilet Use ;
IF      ( iG2h = 0 OR iG2h=1 OR iG2h=2)      THEN x_toilt = 1; ;
ELSE IF ( iG2h = 3 )                        THEN x_toilt = 3; ;
ELSE IF ( iG2h = 4 )                        THEN x_toilt = 4; ;
ELSE IF ( iG2h = 5 OR iG2h=6 OR iG2h = 8)    THEN x_toilt = 5; ;

*----- ;
*Code parenteral\enteral intake level--used for Eating scoring conversion and;
*later for Special Care and Clinically Complex qualification. ;
*   x_intake = 1 if (1) 51% or more of total calories are received ;
*   through parenteral/enteral intake (iK5) or (2) 26% to 50% ;
*   of total calories received through parenteral/enteral ;
*   intake (iK5) and fluid intake is 501 or more cc per day ;
*   (iK2b). ;
*   NOTE: The interRAI HC doesn't have any measure of intake, ;
*   so assume that x_intake=1 in the following code ;
*   x_intake = 0 if parenteral/enteral intake is at a lower level (including ;
*   none). ;

x_intake = 1;

*ADL scoring conversion for Eating ;
IF      (iK3 = 6 OR iK3 = 7 OR iK3 = 8) OR (iK3 = 5 AND x_intake = 1) ;
      THEN x_eatng = 3; ;
IF      ( iG2j = 0 OR iG2j=1 OR iG2j=2)      THEN x_eatng = 1; ;
ELSE IF ( iG2j = 3)                          THEN x_eatng = 2; ;
ELSE IF ( iG2j = 4 OR iG2j = 5 OR iG2j = 6 OR iG2j = 8) THEN x_eatng = 3; ;

*----- ;
*Sum the converted ADL scores to x_adlsum; ;
x_adlsum = x_bedmb + x_trans + x_toilt + x_eatng;

*+++++ ;
*Step IV. Determine Rehab variable need for Rehab categories ;

*      Variables needed to determine Rehab clinical hierarchy ;
*      qualification for Standard rehab classification ;
*      - Total minutes of rehab therapy received (x_th_min) ;
*** OTHER RUG-III REHAB VARIABLES NOT USED: **;
*+++++ ;

*----- ;
*Determine x_th_min -- the number of minutes of rehab therapy received. ;

x_th_min = 0;

*Add speech therapy minutes unless dash filled (value .) ;
IF ( iN3gb NE .) THEN x_th_min = x_th_min + iN3gb; ;

*Add occupational therapy minutes unless dash filled (value .) ;

```

```

IF ( iN3fb NE .)                                THEN x_th_min = x_th_min + iN3fb;

*Add physical therapy minutes unless dash filled (value .)      ;
IF ( iN3eb NE .)                                THEN x_th_min = x_th_min + iN3eb;

IF x_th_min>=120 THEN x_reh=1;

*Step V. Test Extensive Care qualification.                      ;
*+++++                                                              ;
*-----                                                              ;
*Determine qualification for Extensive Care.                     ;
;
*Check for required Extensive Care clinical indicators.          ;
*-----                                                              ;
*Resident qualifies for Extensive Care category on the basis of clinical ;
*indicators.                                                     ;
*   Qualifications                                               ;
*   Parenteral/IV feedings (iK3) OR IV medication (iN2d) OR      ;
*   suctioning (iN2g) OR tracheostomy care (iN2h) OR             ;
*   ventilator or respirator (iN2j).                             ;
*-----                                                              ;
IF ( iK3 = 7 OR iK3 = 8 OR                                     ;
    iN2d = 2 OR iN2d = 3 OR                                     ;
    iN2g = 2 OR iN2g = 3 OR                                     ;
    iN2h = 2 OR iN2h = 3 OR                                     ;
    iN2j = 2 OR iN2j = 3)                                       ;
    THEN x_ext = 1;

*+++++                                                              ;
*Step VI. Test Special Care qualification.                        ;
*+++++                                                              ;
*Code Cerebral Palsey from ICD-9 Code (Note: adjust if using ICD-10) ;
*Assumes that ICD-9 is left justified character format xxx.xx and that you ;
* can test for only xxx.x (omitting final digit). In SAS, this is handled ;
* by the SUBSTR function below, which extracts the first 5 characters of ;
* iI2aba.                                                         ;

x_cpal=0;
IF SUBSTR(LEFT(iI2aba),1,5)= '343.9' THEN x_cpal=1;
IF SUBSTR(LEFT(iI2bba),1,5)= '343.9' THEN x_cpal=1;
IF SUBSTR(LEFT(iI2cba),1,5)= '343.9' THEN x_cpal=1;
IF SUBSTR(LEFT(iI2dba),1,5)= '343.9' THEN x_cpal=1;
IF SUBSTR(LEFT(iI2eba),1,5)= '343.9' THEN x_cpal=1;

**Same approach for Septicemia                                     ;
x_sept=0;
IF SUBSTR(LEFT(iI2aba),1,4)= '38.9' THEN x_sept=1;
IF SUBSTR(LEFT(iI2bba),1,4)= '38.9' THEN x_sept=1;
IF SUBSTR(LEFT(iI2cba),1,4)= '38.9' THEN x_sept=1;
IF SUBSTR(LEFT(iI2dba),1,4)= '38.9' THEN x_sept=1;
IF SUBSTR(LEFT(iI2eba),1,4)= '38.9' THEN x_sept=1;

IF SUBSTR(LEFT(iI2aba),1,5)= '038.9' THEN x_sept=1;
IF SUBSTR(LEFT(iI2bba),1,5)= '038.9' THEN x_sept=1;
IF SUBSTR(LEFT(iI2cba),1,5)= '038.9' THEN x_sept=1;
IF SUBSTR(LEFT(iI2dba),1,5)= '038.9' THEN x_sept=1;
IF SUBSTR(LEFT(iI2eba),1,5)= '038.9' THEN x_sept=1;

*-----                                                              ;
*Check for required Special Care clinical indicators              ;
*-----                                                              ;
*Resident qualifies for Special Care category on the basis of ;
*clinical indicators.                                             ;
*   Qualifications (any one sufficient)                           ;
*   1. Stage 3 or 4 pressure ulcer (iI1) (Note: Do not have ;
*   count of ulcers),                                           ;
*   AND                                                           ;

```

```

*      turning and positioning (iN2n). ;
*      2. Feeding tube (iK3) WITH parenteral/enteral intake ;
*      (x_intake) AND aphasia (iJ2j). ;
*      3. Major skin problems (iL4) or Skin tears or cuts (iL5), ;
*      with wound care (iN2k) ;
*      4. Respiratory therapy for 7 days (iN3ia) - MISSING ON ;
*      interRAI HC. ;
*      5. Cerebral palsy (x_cpal) AND ADL score of 10 or more ;
*      (x_adlsum). ;
*      6. Fever (iJ2q) ;
*      AND ;
*      vomiting (iJ2n) OR weight loss (iK2a) OR tube feeding ;
*      (iK3) WITH high parenteral/enteral intake (x_intake) ;
*      OR pneumonia (iI1q) OR dehydrated (iK2c). ;
*      7. Multiple sclerosis (iI1f) AND ADL score of 10 or more ;
*      (x_adlsum). ;
*      8. Quadriplegia (iI1i) AND ADL score of 10 or more ;
*      (x_adlsum). ;
*      9. Radiation therapy (iN2f). ;

IF ( ( (iL1 = 3 OR iL1 = 4) AND (iN2n = 2 OR iN2n = 3) )
OR ( (iK3 = 6 OR (iK3=5 AND x_intake = 1)) AND
      (iJ2j = 2 OR iJ2j = 3 OR iJ2j = 4) )
OR ( (iL4 = 1 OR iL5 = 1) AND (iN2k = 2 OR iN2k = 3) )
OR (x_cpal=1 AND x_adlsum >= 10)
OR ( (iJ2q =2 OR iJ2q = 3 OR iJ2q = 4)
      AND
      ( (iJ2n =2 OR iJ2n = 3 OR iJ2n = 4)
        OR iK2a = 1
        OR (iK3 = 6 OR (iK3=5 AND x_intake = 1))
        OR (iI1q = 1 OR iI1q = 2 OR iI1q = 3 OR iK2c=1) ) ) )
OR ( (iI1f = 1 OR iI1f = 2 OR iI1f = 3) AND x_adlsum >= 10)
OR ( (iI1i = 1 OR iI1i = 2 OR iI1i = 3) AND x_adlsum >= 10)
OR ( iN2f = 2 OR iN2f =3) )
THEN
  x_spec = 1;

*+++++ ;
*Step VII. Test Clinically Complex qualification. ;
*+++++ ;

*----- ;
*Calculate x_coma indicating whether the resident is comatose with qualifiers;
*  x_coma = 1 if resident is comatose (iC1 = 5) and not awake most of the;
*  time (iS3=1,2, or 3) and ADL dependent (iG2i, iG2g, iG2j, ;
*  and iG2h all have values of 6 or 8). ;
*  = 0 otherwise. ;
** NOTE: interRAI HC DOES NOT HAVE IS3 ; ;

x_coma = 0;

IF ( iC1 = 5
      AND ( iG2i = 6 OR iG2i = 8)
      AND ( iG2g = 6 OR iG2g = 8)
      AND ( iG2j = 6 OR iG2j = 8)
      AND ( iG2h = 6 OR iG2h = 8) )
THEN
  x_coma = 1;

*----- ;
*Check for Clinically Complex qualification. ;
*Resident qualifies for Clinically Complex category on the basis of ;
*clinical indicators. ;
*----- ;
* Qualifications (any one sufficient) ;
* 1. Feeding tube (iK3) WITH high parenteral/enteral ;
* intake (x_intake). ;
* 2. Comatose (iC1=5) AND not awake (iS3) AND ;
* ADL dependent (iG2i, iG2g, iG2j, iG2h). ;
* NOTE: iS3 NOT AVAILABLE ON interRAI HC ;

```

```

*      3. Septicemia (x_sept). ;
*      4. Burns--second or third degree (not available separately) ;
*      5. Dehydration (iK2c). ;
*      6. Hemiplegia/hemiparesis (iI1e) and ADL score of ;
*      10 or more (x_adlsum). ;
*      7. Internal bleeding (iJ2r). ;
*      8. Pneumonia (iI1q). ;
*      9. End stage disease (iJ6c). ;
*      10. Chemotherapy (iN2a). ;
*      11. Dialysis (iN2b). ;
*      12. Physician order changes (iN8) on 4 or more days ;
*      AND physician visits (iN7) on 1 or more days. ;
*      13. Physician order changes (iN8) on 2 or more days ;
*      AND physician visits (iN7) on 2 or more days. ;
*      NOTE: DO NOT HAVE PHYSICIAN ORDERS OR VISITS ON INTERRAI HC ;
*      14. Diabetes (iI1t) AND injections (not available) on 7 days ;
*      AND physician order changes (iN8) on 2 or more days (NOT ;
*      AVAILABLE). (Eventually, get insulin injections from drug ;
*      list ;
*      15. Transfusions (iN2i). ;
*      16. Oxygen therapy (iN2e). ;
*      17. Infection on foot (m6b) OR open lesion on foot (m6c) ;
*      AND ;
*      application of dressings to foot (m6f) ;
*      Replaced by Foot problems that limit/prevent walking (iL7) ;
*      ;

IF (      (iK3=6) OR (iK3 = 5 AND x_intake = 1)
OR      x_coma = 1
OR      x_sept = 1
OR      iK2c = 1
OR      ( ( iI1e = 1 OR iI1e = 2 OR iI1e = 3) AND x_adlsum >= 10)
OR      ( iJ2r = 2 OR iJ2r = 3 OR iJ2r = 4)
OR      ( iI1q = 1 OR iI1q = 2 OR iI1q = 3)
OR      iJ6c = 1
OR      ( iN2a = 2 OR iN2a = 3)
OR      ( iN2b = 2 OR iN2b = 3)
OR      ( iI1t = 1 OR iI1t = 2 OR iI1t = 3)
OR      ( iN2i = 2 OR iN2i = 3)
OR      ( iN2e = 2 OR iN2e = 3)
OR      ( iL7 = 2 OR iL7 = 3) )
THEN
      x_clin = 1;

*+++++;
*Step VIII. Determine depression variable (x_depres) - OMITTED IN RUG-III/HC ;

*+++++;
*Step IX. Test Cognitive Impairment qualification. ;
*+++++;
* ;
*Note Use interRAI Cognitive Performance Scale (sCPS) ;
* ;
*****Be sure to run sCPS code before running this program ;
* ;
*----- ;
*Determine Cognitive Impairment qualification. ;
* Qualification if Cognitive Performance Scale is 3 or more. ;

IF      sCPS >= 3 THEN      x_impair = 1;
ELSE      x_impair = 0;

*+++++;
*Step X. Test Behavior Problems qualification. ;
*+++++;
* ;
*----- ;
*Check for Behavior Problems qualification. ;
*----- ;

```

```

*Behavior Problems Qualifications (any one sufficient)
* 1. Wandering occurred on 4 or more days (iE3a).
* 2. Verbally abusive behavior occurred on 4 or more
* days (iE3b).
* 3. Physically abusive behavior occurred on 4 or
* more days (iE3c).
* 4. Socially inappropriate/disruptive behavior
* occurred on 4 or more days (iE3d).
* 5. Resident resisted care on 4 or more days (iE3e).
* 6. Sexually inapprop. Behav 4 or more days (iE3f).
* 6. Hallucinations (iJ2i).
* 7. Delusions (iJ2h).

IF ( (iE3a = 2 OR iE3a = 3)
OR (iE3b = 2 OR iE3b = 3)
OR (iE3c = 2 OR iE3c = 3)
OR (iE3d = 2 OR iE3d = 3)
OR (iE3e = 2 OR iE3e = 3)
OR (iE3f = 2 OR iE3f = 3)
OR (iJ2i = 2 OR iJ2i = 3 OR iJ2i = 4)
OR (iJ2h = 2 OR iJ2h = 3 OR iJ2h = 4) )
THEN
    x_behav = 1;

*+++++
*Step XI. Classify into RUG-III/HC Groups
*+++++
***NOTE: THE ADL INDEX USED TO DERIVE THE RUG-III/HC SYSTEM BASED ON THE
* RAI-HC DID NOT HAVE THE ADL SUPPORT ITEMS, AND THUS RANGED FROM
* 4-15 (RATHER THAN 4-18). ON ALL TERRAI SUITE INSTRUMENTS, THE
* ADL INDEX (x_adlsum) INCORPORATES SUPPORT CONCEPTS AND CAN RANGE
* FROM 4-18. HOWEVER, TO REMAIN CONSISTENT WITH THE DERIVATION WORK
* WE CONSIDER EQUIVALENT ALL INDEX VALUES FROM 15-18

*-----
*Classify into Rehab Groups*****
* All final splits based on ADL sum (x_adlsum).

*-----
*Classify into Ultra High Intensity Rehab groups*****
*
* Classify if Ultra High rehab indicators present.
*
* Determine final splits for Ultra High Intensity Rehab residents
* on the basis of ADL sum.

IF x_reh = 1 THEN DO;

    IF (11 <= x_adlsum AND x_adlsum <= 18) THEN aR3H = 'RB0';
    ELSE IF ( 4 <= x_adlsum AND x_adlsum <= 10) THEN DO;
        IF x_iadls > 1 THEN aR3H = 'RA2';
        ELSE aR3H = 'RA1';
    END;
END;

*-----
*Classify into Extensive Care Groups*****
*
*To be classified as Extensive Care a resident must qualify on the
* basis of having Extensive Care clinical indicators (x_ext = 1) and
* an ADL sum of 7 or more
*
* Note that residents who have Extensive Care clinical indicators but
* have too low an ADL score (6 or less) are classified as Special Care
* rather than Extensive Care. (THIS IS DONE HERE TO REMAIN COMPATIBLE
* WITH THE RUG-III V5.20 SPECIFICATION -EARLIER VERSIONS MOVED THESE
* OBSERVATIONS TO THE CLINICALLY COMPLEX CATEGORY, AS WELL, THE COUNT
* USED TO SPLIT THE EXTENSIVE CARE CATEGORY IS MODIFIED FROM THE
* ORIGINAL.)

```

```

*Split into Extensive Care groups is based on a count (x_ext_ct) of other
* hierarchy category qualifications plus existence of
* parenteral/IV feeding (iK3) and IV medications (iN2d)
;

ELSE IF (x_ext = 1 AND x_adlsum >=7) THEN DO;

    x_ext_ct = x_spec + x_clin + x_impair;
    IF iK3 = 8 THEN x_ext_ct = x_ext_ct + 1;
    IF iN2d in (2,3) THEN x_ext_ct = x_ext_ct + 1;

    IF (4 <= x_ext_ct AND x_ext_ct <= 5) THEN aR3H= 'SE3';
    ELSE IF (2 <= x_ext_ct AND x_ext_ct <= 3) THEN aR3H= 'SE2';
    ELSE IF (0 <= x_ext_ct AND x_ext_ct <= 1) THEN aR3H= 'SE1';
END;

*-----
*Classify into Special Care Groups*****
;
*
;
*To be classified as Special Care a resident must satisfy one of the
;
* two following conditions
;
* 1. The resident has both Special Care clinical indicators (x_spec = 1)
;
* and an ADL sum of 7 or more.
;
* 2. The resident has both Extensive Care indicators (x_ext = 1) and
;
* was not already classified as Extensive (i.e., an ADL sum of 6
;
* or less).
;
*
;
* Note that residents who have Special Care clinical indicators but
;
* have too low an ADL score (6 or less) are classified as Clinically
;
* Complex rather than Special Care.
;
*
;
*Split into Special Care groups is based on ADL sum, slightly different than
;
* RUG-III
;

ELSE IF ((x_spec = 1 AND x_adlsum >= 7) OR x_ext = 1) THEN DO;

    IF (14 <= x_adlsum AND x_adlsum <= 18) THEN aR3H= 'SSB';
    ELSE IF ( 4 <= x_adlsum AND x_adlsum <= 13) THEN aR3H= 'SSA';
END;

*-----
*Classify into Clinically Complex Groups*****
;
*To be classified as Clinically Complex a resident must satisfy one of the
;
* two following conditions
;
* 1. The resident has Clinically Complex clinical indicators (x_clin = 1),
;
* 2. The resident has both Special Care indicators (x_spec = 1) and
;
* was not already classified as Special Care (i.e., an ADL sum of 6
;
* or less).
;
*
;
*Split into Clinically Complex groups is based on ADL sum and IADL sum.
;

ELSE IF (x_clin = 1 OR x_spec = 1) THEN DO;

    IF (11 <= x_adlsum AND x_adlsum <= 18) THEN aR3H= 'CC0';
    ELSE IF ( 6 <= x_adlsum AND x_adlsum <= 10) THEN aR3H= 'CB0';
    ELSE IF ( 4 <= x_adlsum AND x_adlsum <= 5) THEN DO;
        IF x_iadls >= 1 THEN aR3H= 'CA2';
        ELSE aR3H= 'CA1';
    END;
END;

*-----
*Classify into Cognitive Groups*****
;
*
;
*To be classified as Cognitive Impairment the resident has Cognitive
;
* Impairment indicators (x_impair = 1) and an ADL sum of 10 or less
;
*
;
*Split into Impaired Cognitive groups is based on ADL sum and iADL sum
;
* (Note: splits of nursing rehabilitation not performed)
;

ELSE IF (x_impair = 1 AND 4 <= x_adlsum AND x_adlsum <= 10) THEN DO;

```



```

IF      ( 6 <= x_adlsum AND x_adlsum <= 10) THEN aR3H= 'IB0';
ELSE IF ( 4 <= x_adlsum AND x_adlsum <= 5) THEN DO;
      IF x_iadls >= 1 THEN aR3H= 'IA2';
      ELSE              aR3H= 'IA1';
END;
END;

*-----
*Classify into Behavioral Problems Groups*****
*
*To be classified as Behavior Problems the resident has Behavior
* Problems indicators (x_behav = 1) and an ADL sum of 10 or less
*
*Split into Behavior Problems groups is based on ADL sum and IADL sum
* (Note: splits of nursing rehabilitation not performed)
;

ELSE IF (x_behav = 1 AND 4 <= x_adlsum AND x_adlsum <= 10) THEN DO;

      IF      ( 6 <= x_adlsum AND x_adlsum <= 10) THEN aR3H= 'BB0';
      ELSE IF ( 4 <= x_adlsum AND x_adlsum <= 5) THEN DO;
            IF x_iadls >= 1 THEN aR3H= 'BA2';
            ELSE              aR3H= 'BA1';
      END;
END;

*-----
*Classify into Physical Groups*****
*
* A resident is classified as reduced Physical Function if a previous
* hierarchical classification has not been made
*
*Split into Physical Function groups is based on ADL sum and IADL sum
* (Note: splits of nursing rehabilitation not performed)
;

ELSE IF      (11 <= x_adlsum AND x_adlsum <= 18) THEN aR3H= 'PD0';
ELSE IF      ( 9 <= x_adlsum AND x_adlsum <= 10) THEN aR3H= 'PC0';
ELSE IF      ( 6 <= x_adlsum AND x_adlsum <= 8) THEN aR3H= 'PB0';
* BELOW FOR 4<=x_adlsum<=5;
ELSE DO;
      IF x_iadls >= 1 THEN aR3H= 'PA2';
      ELSE              aR3H= 'PA1';
END;

*RUG-III/HC CLASSIFICATION COMPLETE
;

***NOW ADD NUMERICAL GROUP IDENTIFIERS ***;
***NOTE THAT THESE ARE DIFFERENT THAN PREVIOUS RUG-III/HC VERSIONS, BUT NOW ***;
*** CAN BE SORTED TO PUT RUG-III/V2 GROUPS IN THEIR LOGICAL ORDER ***;

IF      aR3H = 'RB0' THEN aNR3H = 111 ;
ELSE IF aR3H = 'RA2' THEN aNR3H = 121 ;
ELSE IF aR3H = 'RA1' THEN aNR3H = 122 ;
ELSE IF aR3H = 'SE3' THEN aNR3H = 210 ;
ELSE IF aR3H = 'SE2' THEN aNR3H = 220 ;
ELSE IF aR3H = 'SE1' THEN aNR3H = 230 ;
ELSE IF aR3H = 'SSB' THEN aNR3H = 310 ;
ELSE IF aR3H = 'SSA' THEN aNR3H = 320 ;
ELSE IF aR3H = 'CC0' THEN aNR3H = 411 ;
ELSE IF aR3H = 'CB0' THEN aNR3H = 421 ;
ELSE IF aR3H = 'CA2' THEN aNR3H = 431 ;
ELSE IF aR3H = 'CA1' THEN aNR3H = 432 ;
ELSE IF aR3H = 'IB0' THEN aNR3H = 510 ;
ELSE IF aR3H = 'IA2' THEN aNR3H = 521 ;
ELSE IF aR3H = 'IA1' THEN aNR3H = 522 ;
ELSE IF aR3H = 'BB0' THEN aNR3H = 610 ;
ELSE IF aR3H = 'BA2' THEN aNR3H = 621 ;
ELSE IF aR3H = 'BA1' THEN aNR3H = 622 ;
ELSE IF aR3H = 'PD0' THEN aNR3H = 710 ;
ELSE IF aR3H = 'PC0' THEN aNR3H = 720 ;
ELSE IF aR3H = 'PB0' THEN aNR3H = 730 ;

```

```
ELSE IF aR3H = 'PA2' THEN aNR3H = 741 ;  
ELSE IF aR3H = 'PA1' THEN aNR3H = 742 ;  
ELSE  
aNR3H = . ;  
  
** END OF RUG-III/HC SAS CODE **;  
  
run;
```

ANEXO IV

Syntax/SPSS para a classificação de utentes no RUG-III/HC através do MDS-HC

G1a1 (Lowest thru 4=0) INTO meal.
VARIABLE LABELS meal 'meal'.
EXECUTE.

RECODE G1a1 (5=1) (6=1) (8=1) INTO meal.
VARIABLE LABELS meal 'meal'.
EXECUTE.

RECODE G1d1 (Lowest thru 4=0) INTO mmed.
VARIABLE LABELS mmed 'mmed'.
EXECUTE.

RECODE G1d1 (5=1) (6=1) (8=1) INTO mmed.
LABELS mmed 'mmed'.
EXECUTE.

RECODE G1e1 (5=1) (6=1) (8=1) (Lowest thru 4=0) INTO phon.
EXECUTE.

COMPUTE iadls=meal + mmed + phon.
EXECUTE.

RECODE G2i (3=3) (4=4) (5=5) (6=5) (8=5) (Lowest thru 2=1) INTO bedmb.
EXECUTE.

RECODE G2g (3=3) (4=4) (5=5) (6=5) (8=5) (Lowest thru 2=1) INTO trans.
EXECUTE.

RECODE G2h (3=3) (4=4) (5=5) (6=5) (8=5) (Lowest thru 2=1) INTO toilt.
EXECUTE.

RECODE K3 (6=3) (7=3) (8=3) (5=3) INTO eatng.
EXECUTE.

RECODE G2j (0=1) (1=1) (2=1) INTO eatng.
EXECUTE.

RECODE G2j (3=2) (4=3) (5=3) (6=3) (8=3) INTO eatng.
EXECUTE.

COMPUTE adlsum=bedmb + trans + toilt + eatng.
EXECUTE.

DATASET ACTIVATE DataSet1.
COMPUTE th_min=N3g1 + N3f1 + N3e1.
EXECUTE.

RECODE th_min (120 thru Highest=1) INTO reh.
EXECUTE.

IF (K3=7 or K3=8 or N3d=2 or N2d=3 or N2g=2 or N2g=3 or N2h=2 or N2h=3 or N2j=2 or N2j=3) ext=1.
EXECUTE.

COMPUTE cpal = 0.
EXECUTE.

COMPUTE sept = 0.
EXECUTE.

COMPUTE intake = 0.
EXECUTE.

COMPUTE spec = 0.
EXECUTE.

IF (((L1=3 or L1=4) AND (N2n=2 OR N2n=3))
OR ((K3=6 OR (K3=5 AND intake=1))
AND (J3j=2 OR J3j=3 OR J3j=4))
OR ((L4 =1 OR L5=1) AND (N2k=2 OR N2k=3))
OR (cpal=1 AND adlsum>=10)
OR ((J3outrosb=2 OR J3outrosb=4)
AND ((J3n=2 OR J3n=4)
OR K2a=1
OR (K3=6 OR (K3=5 AND intake =1))
OR (I1r =1 OR I1r =3 OR K2c =1)))
OR ((I1f =1 OR I1f =2 OR I1f =3) AND adlsum>=10)
OR ((I1i =1 OR I1i =2 OR I1i =3) AND adlsum>=10)
OR (N2f =2 OR N2f =3)) spec=1.
EXECUTE.

COMPUTE coma = 0.
EXECUTE.

IF (C1 =5
AND (G2i = 6 OR G2i =8)
AND (G2g = 6 OR G2g = 8)
AND (G2j = 6 OR G2j = 8)
AND (G2h = 6 OR G2h = 8)) Coma =1.
EXECUTE.

COMPUTE clin = 0.
EXECUTE.

IF ((K3=6) OR (K3=5 AND intake = 1)
OR coma = 1
OR sept = 1
OR K2c = 1
OR ((I1e =1 OR I1e =2 OR I1e =3) AND adlsum >=10)
OR (J3outrosc = 2 OR J3outrosc = 3 OR J3outrosc = 4)
OR (I1r =1 OR I1r =2 OR I1r =3)
OR J7c = 1
OR (N2a = 2 OR N2a = 3)

OR (N2b = 2 OR N2b = 3)
OR (I1u = 1 OR I1u = 2 OR I1u = 3)
OR (N2i = 2 OR N2i = 3)
OR (N2e = 2 OR N2e = 3)
OR (L7 = 2 OR L7 = 3)) Clin = 1.
EXECUTE.

COMPUTE CPS=C1 + C2a + C2b + C2c + C3a + C3b + C3c + C4 + C5+D1
EXECUTE.

COMPUTE impair = 0.
EXECUTE.

IF CPS>=3 impair = 1.
EXECUTE.

COMPUTE behav = 0.
EXECUTE.

IF((E3a = 2 OR E3a = 3)
OR (E3b = 2 OR E3b = 3)
OR (E3c = 2 OR E3c = 3)
OR (E3d = 2 OR E3d = 3)
OR (E3e = 2 OR E3e = 3)
OR (E3f = 2 OR E3f = 3)
OR (J3i = 2 OR J3i = 3 OR J3i = 4)
OR (J3h = 2 OR J3h = 3 OR J3h = 4)) behav = 1.
EXECUTE.

COMPUTE RUG=0.
EXECUTE.

IF (reh=1 AND adlsum>=11 AND adlsum<=18) RUG = 23.
EXECUTE.

IF (reh=1 AND adlsum>=4 AND adlsum<=10 AND iadls>1) RUG = 22.
EXECUTE.

IF (reh=1 AND adlsum>=4 AND adlsum<=10 AND iadls<=1) RUG = 21.
EXECUTE.

COMPUTE ext_ct = 0.
EXECUTE.

COMPUTE ext_ct=spec + clin + impair.
EXECUTE.

IF K3=8 ext_ct=ext_ct+1.
EXECUTE.

IF N2d=2 OR N2d=3 ext_ct=ext_ct+1.
EXECUTE.

IF (ext=1 AND adlsum>=7 AND 4<=ext_ct<=5) RUG = 20.
EXECUTE.

IF (ext=1 AND adlsum>=7 AND 2<=ext_ct<=3) RUG = 19.
EXECUTE.

IF (ext=1 AND adlsum>=7 AND 0<=ext_ct<=1) RUG = 18.
EXECUTE.

IF (((spec=1 AND adlsum>=7) OR (ext=1 AND adlsum<=6)) AND (14<=adlsum<=18)) RUG
=17.
EXECUTE.

IF (((spec=1 AND adlsum>=7) OR (ext=1 AND adlsum<=6)) AND (4<=adlsum<=13))
RUG=16.
EXECUTE.

IF ((clin=1 OR (spec=1 AND adlsum<=6)) AND (11<=adlsum<=18)) RUG=15.
EXECUTE.

IF ((clin=1 OR (spec=1 AND adlsum<=6)) AND (6<=adlsum<=10)) RUG=14.
EXECUTE.

IF ((clin=1 OR (spec=1 AND adlsum<=6)) AND (4<=adlsum<=5 AND iadls>=1)) RUG=13.
EXECUTE.

IF (((clin=1 OR (spec=1 AND adlsum<=6)) AND (4<=adlsum<=5 AND iadls=0))) RUG=12.
EXECUTE.

IF (impair=1 AND 6<=adlsum<=10) RUG=11.
EXECUTE.

IF (impair=1 AND (4<=adlsum<=5 AND iadls>=1)) RUG=10.
EXECUTE.

IF (impair=1 AND (4<=adlsum<=5 AND iadls=0)) RUG=9.
EXECUTE.

IF (behav=1 AND 6<=adlsum<=10) RUG=8.
EXECUTE.

IF (behav=1 AND (4<=adlsum<=5 AND iadls>=1)) RUG=7.
EXECUTE.

IF (behav=1 AND (4<=adlsum<=5 AND iadls=0)) RUG=6.
EXECUTE.

IF (RUG=0 AND 11<=adlsum<=18) RUG=5.
EXECUTE.

IF (RUG=0 AND 9<=adlsum<=10) RUG=4.
EXECUTE.

IF (RUG=0 AND 6<=adlsum<=8) RUG=3.
EXECUTE.

IF (RUG=0 AND (4<=adlsum<=5 AND iadls>=1)) RUG=2.
EXECUTE.

IF (RUG=0 AND (4<=adlsum<=5 AND iadls=0)) RUG=1.
EXECUTE.